علم النفس الإكلينيكي

التشخيص والتنبؤ
في ميدان الإضطرابات النفسية والعقلية



د. رأفت عسكر

علم النفس الإكلينيكي

التشخيص والتنبؤ

في ميدان الاضطرابات النفسية العقلية

د. رأفت السيد عسكر

استشاري العلاج النفسي

مدرس علم النفس بآداب الزقازيق



2009

الكتاب : علم النفس الإكلينيكي

التشخيص والتنبؤ في ميدان

الاضطرابات النفسية والعقلية

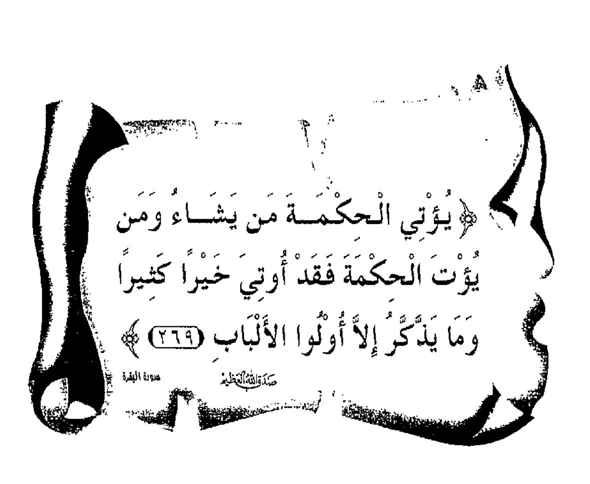
المؤلـــف : د. رأفت السيد احمد السيد عسكر

تاريخ النشر : 2009

رقم الايداع : 2000/19026

الترقيم الدولي : 977 – 05 – 175 – x

الناشر : المؤلف


﴿ يُؤْتِي الْحِكْمَةَ مَن يَشَاءُ وَمَن
يُؤْتَ الْحِكْمَةَ فَقَدْ أُوتِيَ خَيْرًا كَثِيرًا
وَمَا يَذَّكَّرُ إِلَّا أُولُوا الْأَلْبَابِ (٢٦٩) ﴾
صدق الله العظيم
سورة البقرة


مكتبة سور الازبكية
تليجرام
s://t.me/kotokha



@KOTOKHATAB

مقدمة

تراودنى فكرة هذا الكتاب منذ أن عملت أخصائيا نفسيا بمستشفي الأمل بالدمام وكانت الحاجة ملحة لي ولزملائي في أن يكون لدينا مرجع نرجع إليه يعوض ما نجد من نقص وقصور في المراجع المختصة بهذا العلم وبدأت الكتابة في هذا المرجع منذ حصولي علي درجة الدكتوراه وقضيت في تجميع المادة العملية والبحث عن أسس ومبادئ هذا العلم حتى اكتمل الكتاب علي حالته الراهنة ما يقارب الثلاث سنوات .

وكنت في أثناء كتابه هذا الكتاب أكتب بإسهاب أحيانا وأحيانا أخرى يتعثر القلم فى الكتابة وذلك لانشغالي بفكرة معينة وأريد أن تخرج بالمستوي الذي يليق بأهمية الفكرة حتى انتهيت من هذا الكتاب . وبالتالي أتمنى أن يكون مرجعاً وافيا في علم النفس الإكلينيكي الذي هو فرع مهم من فروع علم النفس التطبيقي ونظرا لأهميته فان هذا العلم يهتم بالإنسان بما هو إنسان ويتطلب معرفة الإنسان أشياء كثيرة ومتعددة من علم وخبرة حياة وتجارب يستطيع من خلالها أن يقيّم العاملون في هذا المجال الإنسان الذي هو بصدد التقييم فيهدف هذا الكتاب إلي الكشف عن خبايا النفس الإنسانية ومعرفتها ومعرفة كيفية التعامل مع المفحوص ويصل إلي الصحة النفسية التي تكون القدرة علي التأرجح بين الشك واليقين لأن هذا التأرجح يمنح الإنسان المرونة فلا يتطرف الي حد الخطر ولا يتذبذب الي حد الإحجام عن اتخاذ أي قرار إذ إن هذا التأرجح يوفر للفرد المعادلة والقوة اللازمة للانطلاق والخلق والتمتع والتكيف ونظرا للتطور الهائل الذي نعيش فيه وكثرة الصراعات والضغوط والأعباء علي إنسان هذا العصر . فكان لابد لعلم النفس الإكلينيكي أن يتطور تطورا سريعا ليتمكن من التعمق في استيعاب المشكلات واحتوائها في عصر زادت فيه سرعة وسائل الاتصال علي أضعاف سرعة الصوت وتحكم الكمبيوتر في أكثر مجالات الحياة العملية والعلمية .

ولكن يبقي الإنسان هو الإنسان العنصر الفعال في هذه الحياة ويجب علي المختصين أن يتعاملوا مع هذا المخلوق الفريد بما هو أنس ومؤانسة علي حد قول أستاذنا الدكتور فرج أحمد .

ويهتم العلم الحديث بالآلة والتطور المادي السريع وينسي الإنسان أو يتناسى أهمية الإنسان الذي هو مخترع هذه الآلة . فتنشأ بذلك الأمـــراض وتتعثر أمور الحياة وتظهر في المقابل العودة الي الطبيعة والابتعـــاد عـــن المؤثرات التي تعيق صحة الإنسان النفسية .

فلذا وجب علي الباحثين أن يهتموا بهذا العلم من علوم علم النفـــس الذي يساعد في الكشف عن أسباب معاناة الإنسان ويخفف من آلامه ويزيـد آماله وطموحاته إنه علم النفس الإكلينيكي الـــذي يستخدمه كثـــير مـــن المشتغلين في هذا المجـــال مـــن أخصـــائيين نفسـيين وأطبـــاء نفسـيين وأخصائيين اجتماعيين ومتخصصي الإرشاد النفسي وكل مـــن لـــه صلـــة بالعمل في مجال الصحة النفسية والعلاج النفســـي ليكونـــوا فريـــق عمـــل ويعملوا بروح الفريق لكي يصلوا إلي خدمة الإنســـان وبالتـــالي يقومـــون بخدمة المجتمع والارتقاء بالصحة النفسية والعقلية لأفراد هذا المجتمع .

وسيجد القاري هذا الكتاب أنه مقسم إلي الأجزاء التالية : -

الفصل الأول : ويشتمل علي تاريخ علم النفس الإكلينيكي .

الفصل الثاني : ويشتمل علي ما هو علم النفس الإكلينيكي ويتضمن تعريفه وأهميته ومجالاته.

الفصل الثالث : ويشتمل علي من هـــو الأخصـــائي النفســـي الإكلينيكـــي؟ وإعداده. وواجباته . وأدواته.

الفصل الرابع : ويشتمل علي المقابلة الإكلينيكية ويتضمن تعريف المقابلـــة وأهميتها . وأهدافها وأنواعها . وإجراءها والأسس التـــي تقوم عليها ، ومبادئها ، ومضمونها ثـــم يختتـــم الفصـــل بملاحظات الأخصائي النفسي الإكلينيكي حول المقابلة .

الفصل الخامس : يشتمل علي دراسة الحالة ويتضمن تعريفها ، أهميتـــها، مصادر المعلومات ، ومضمون دراســـة الحالـــة يتضمـــن التسجيل التاريخ التعليمي ، التاريخ الأسرى تاريخ النمـــو التاريخ الاجتماعي ، التاريخ المهني ، ثم تحليل بطاقة بحث حالة.

الفصل السادس : يشتمل على الاختبارات والمقاييس النفسية واستخداماتها ويتضمن الفصل : ــ

ــ تعريف الاختبار النفسي .

ــ أهمية الاختبارات النفسية .

- عيوب الاختبارات .
- أنواع الاختبارات والمقاييس ويتضمن .
- اختبارات الذكاء .
- مقاييس الكفاءة العقلية .
- اختبارات ومقاييس الشخصية .
- الاختبارات الإسقاطية .
- اختبارات الميول .
- اختبارات القيم .
- اختبارات ومقاييس الاتجاهات .
- اختبارات ومقاييس أخرى في المجال الإكلينيكي .
- اختبارات التوافق .

الفصل السابع :ويشتمل علي التشخيص الإكلينيكي ويتضمن .
- أهداف التشخيص الإكلينيكي .
- التشخيص التطبيقي .
- تصنيف الاضطرابات العقلية ويتضمن :
- الدليل التشخيصي الإحصائي الأمريكي للاضطرابات العقلية والنفسية.
- التصنيف الروسي للأمراض العقلية والنفسية .
- التصنيف العالمي العاشر للاضطرابات العقلية والسلوكية .
- التشخيص الدينامي والفحص الإكلينيكي للحالة النفسية ، والفحص النفسي والعقلي .

الفصل الثامن :ويشتمل علي الاضطرابات النفسية والعقلية ويتضمن.
- الاضطرابات النفسية .
- الاضطرابات النفسية المرتبطة بالكرب وجسدية الشكل .
- الاضطرابات العقلية .
- اضطرابات المزاج .
- اضطرابات استخدام المواد الفعالة نفسيا .
- الاضطرابات الجنسية .
- الأمراض السيكوسوماتية " النفس جسمية " .
- التخلف العقلي .

ـ الاضطرابات العقلية والعضوية .
ـ اضطرابات الشخصية
ـ المراجع العربية والمراجع الأجنبية .

ختاما فقد أضاف الكاتب لهذا الكتاب خلاصة تجارب وخبرات عاشها أثناء عمله بالعيادات النفسية والمستشفيات وكان الهدف منها إثراء للمجال والذي يأمل أن ينتفع منه كافة المشتغلين بهذا المجال . والله من وراء القصد .

د . رأفت السيد عسكر

الدمام

الفصل الأول

أولا :. تاريخ علم النفس الإكلينيكي

ثانيا :. علم النفس الإكلينيكي في الحضارة الإسلامية

ثالثا :. علم النفس الإكلينيكي في العصر الحديث

رابعا :. علم النفس الإكلينيكي الحديث

خامسا :. علم النفس الإكلينيكي بعد الحرب العالمية الأولى

سادسا :. علم النفس الإكلينيكي بعد الحرب العالمية الثانية

سابعا :. علم النفس الإكلينيكي المعاصر

الفصل الأول

أولا : تاريخ علم النفس الإكلينيكي

يتوجب قبل الخوض في تناول علم النفس الإكلينيكي بأهميته ومجالاته والأدوات المستخدمة وطرق العلاج علينا أن نشير إلي لمحة تاريخية لمعرفة أصول هذا العلم الذي بدأ أو قام ــ في أول الأمر ــ علي الخرافات والأساطير . ثم أصبح علماً هاماً وضروريا لخدمة الإنسان .

وحيث تمدنا القصص المستمدة من الميثولوجيا اليونانية بصورة واضحة عن مفهوم البشر عن هذا العلم والذي ارتبط سابقا بالمرض العقلي. ونعلم أن المرض العقلي قبل التطور العلمي الذي أصبح ثورة في التقدم العلمي كان بمثابة مس من الشيطان أو غضب من الآلهة .

ويتضح ذلك في قصة بنات " برويتس " Proetus ملك مملكة " آرجوس " Argos وتتلخص القصة في أن بناته سرقن ذهبا من تمثال الآلهة " هيرا " Hera فنزلت عليهن لعنتها وأصبن بالجنون ، كما أنهن نتيجة هذه القضية أخذن يهمن علي وجوههن كالأبقار في الحقول ، استدعي الملك كاهنا مشهورا يدعي " ميلامبوس " Melampus فقد كانت طريقة الكاهن في العلاج تبعث علي الدهشة حيث طارد بنات الملك " المتحولات الي أبقار " في الحقول والمراعي الي أن بلغن درجة من الإعياء لم تمكنهن من الجري ، بعد ذلك أعطاهن حماما باردا في عيون " اركاديا Arcadia " ، كان نتيجته الشفاء التام .

هكذا نري أن الاضطراب العقلي كان معروفا منذ القدم ولكن معرفته وفهمه كان خرافيا حيث ارتبط كما ذكر سابقا بأنه مس من الشيطان أو أرتبط بالخرافات والأرواح التي تحل في أجساد بعض الأفراد .

ولكن عندما ظهرت المدنيات بدأ هذا الارتباط يتلاشى لدى الكتاب والمفكرين فقد كان " لهيبوكراتس " Hippocrates الفضل في تخليص علم النفس لمرضي من النظريات التأملية " الغيبية " الفلسفية كذلك الاتجاه الصوفي الغامض الذي كان يسيطر علي رجال الدين . فقد كان هدفه أن يفسر موضوعات هذا العلم علي أساس موضوعي بحت حيث أشار إلي ثلاث نقاط هي :

١ ــ وجود علاقة بين المرض العقلي والدماغ .

٢ ـ فسر الأمزجة المختلفة والاضطرابات الانفعالية تفسيرات فسيولوجية .
٣ ـ هاجم بشدة فكرة ارتباط المرض العقلي بغضب الآلهة .

وقد أكد أفلاطون نظرية هيبوكراتس في أن المخ يلعب دورا عاما في الحياة العقلية للإنسان كما أعتقد افلاطون أن الروح تتكون من جزأين :

١ ـ الروح المهذبة وهي أبدية خالدة ومقدسة ومركزها المخ .
٢ ـ الروح غير المهذبة وهي غير أبدية وهي مصدر الشعور والنزعات ومركزها الصدر .

ونجد أرسطو وهو من تلاميذ أفلاطون ، ذهب الي أن القلب مصدر التعقل والإحساس ، ينبع منه أفعال الإنسان وما يصدر عنه من حركات .

تناول العلماء والمفكرون والفلاسفة في العصور الوسطي المرض العقلي وفسروه تفسيرات متعددة ومتنوعة .

ثانيا . علم النفس الإكلينيكي في الحضارة الإسلامية

لا أحد يستطيع أن يتجاهل إسهامات الحضارة الإسلامية في كافة العلوم ومنها الطب النفسي ولكن لولا التجاهل الذي حدث لهذه الحضارة لكان لها الشأن الكبير في إثراء التقدم العلمي الحادث في هذا العصر .

فالحضارة الإسلامية امتداد للحضارة الإغريقية والرومانية فهي أخذت منهما مبادئ العلوم وقامت بتطويرها بفضل علمائها وتعاليم الدين الإسلامي.

ونجد أن معظم الجامعات لا تقدم علماء المسلمين بالأسلوب الذي يظهر هؤلاء العلماء ومكانتهم العلمية .

وعلماء المسلمين أسهموا إسهامات كبيرة في مجال الطب النفسي ونذكر:ـ

١ ـ ابن سينا . حيث كان هذا العالم طبيبا وجراحا نفسيا أجاد اللغات اليونانية واللاتينية والعبرية والغربية فكان ابن سينا أول من اكتشف العامل النفسي في إنتاج المرض العقلي ويعتبر المؤسس الأول للطب السيكوسوماتي في بيان علاقة الأمراض الجسمية كاستجابات للاضطرابات النفسية وقد كان ومازال كتابه (القانون) كما ذكر المؤلف " جوستاف لوبون " المرجع الأول الطبي في أوربا وجامعاتها لما يزيد علي ٦٠٠ سنة وفي عصر ابن سينا ٣٨٠ هـ (٩٨٠ ـ ١٠٣٧ م) انتشرت المصحات العقلية في شتى المناطق، وكان ابن

سينا أول من طبق العمليات الجراحية لمرضي العقول Psycho - Surgery وأحرز فيها نجاحا ملحوظا .

كان ابن سينا نفسانيا تجريبيا لا يفصل مطلقا بين أمـــراض النفـس والاضطرابات الفيزيولوجية ، استخدم التحليل النفسي وأشار علي مرضـــاه بالزواج لتوجيه طاقات الجنس توجيها سديدا تحدث ابـــن ســينا عـــن دور الوراثة ومؤثراتها ولكنه لم يهمل تأثير البيئة فعارض فكرة الحجز والعـزل في السجون لأمراض العقول . وكان المسلمون أول من أقاموا المصحـــات للعلاج العقلي والنفسي والجسمي دون عزل بينها لارتباطـــها وتلاحمـــها ، فهم يعتقدون أنه لا انفصال مطلقا بين مؤثرات البيئة ومؤثرات الوراثة .

ابن سينا أول من فكر بالأسلوب الجشطالتي الشمولي لأسباب العلـــة وأول من طبق العديد من أساليب العلاج دون التعصب لمنهج واحد . حيـث استخدم الأدوية والعقاقير ، واستخدم الحمامات والاسترخاء ، طبق الجراحة ونصح بالزواج ونادي بتغيير" بيئة المريض " وتنظيم غذائـــه . كمـا قــام بتصنيف الأمراض بأنواعها ودرجاتها مســـتفيدا مـــن منهجيـــة ارســطو والمعرفة الفيزيولوجية عند أبقراط .

٢ ــ ابن رشد " ١١٢٦ ــ ١١٩٨ "

ابن رشد عالم وطبيب وفيلسوف . احتوي كتابة الخـــالد " الكليـــات " أعظم نظرياته الطبيعية .

قام ابن رشد بتصنيف الأمراض وفرّق بين الأمراض العقلية الحـــادة والأمراض المزمنة . وقال ابن رشد " إن بؤرة المرض هي فــــي الدمـــاغ والبطن " وبذلك يكون هناك التحام واضح بيـــن الفزيولوجيـا والأمـــراض العصبية والعقلية وشدد علي الأثر النفسي وعوامـــل البيئـــة فـــي تكويـــن المرض العقلي .

نجد أحد مؤرخي الطب المحدثين " جريجوري زيلبـــورج " Gregory Zilbory يلخص الخصائص العامة التي طبقت الطب النفسي عنـــد العلمـــاء المسلمين كالتالي :

١ ــ لقد كان المسلمون والعرب أول من قاموا باكتشاف العـــامل النفســي والعصبي في الأمراض العقلية والجسمية فهم بذلك أول من أسســـوا ما يطلق علية حاليا " الطب السكوســـوماتي " وعـــارضوا الســجن والعزل لمرضي العقول وفتحوا لهم " المصحات " الخاصة بهم .

٢ ـ قاموا بتصنيف الأمراض قبل " كرابلين " وميزوا بين أنواعها ودرجاتها ، وأوضحوا علاقة الاضطراب الانفعالي بالمرض وهذا لم يظهر بوضوح حتى مطلع القرن العشرين . كذلك فكرة دراسة " تاريخ الحالة " التي كان أول من ابتكرها ابن سينا وابن رشد والكندي.

٣ ـ أقاموا مئات المصحات العقلية والنفسية واستخدموا الجراحة والأدوية والتدليك والحمامات والراحة وتغير بيئة المريض وعالجوا الأعصاب دون عزلها عن أمراض الجسم والحالات النفسية للمريض ، كما نادوا بفكرة التعاطف الاجتماعي والعلاقات الإنسانية . (عبد الستار ابراهيم ١٩٩١)

ثالثا . علم النفس الإكلينيكي في العصر الحديث

مع مطلع العصر الحديث أنشئ مستشفي في لندن ويعرف باسم " مستشفي بيثلم الملكي " Royal Bethleme حيث وضع فيه المصابون بالمرض العقلي وكان الذهاب إليه يشبه الذهاب إلي حديقة الحيوان في الوقت الحاضر لما كان يلاقيه المرضي من تعامل علي أنهم ليسوا من البشر ويعاملون بقسوة معاملة غير إنسانية .

وكانت المستشفيات في تلك الفترة لا تصلح للأبحاث الإنسانية فكيف تقدم خدمة علاجية للمرضي وكانت هذه الظروف سائدة في معظم المستشفيات التي كانت مخصصة لإيواء المرضي العقليين علي الرغم من قلتها الشديدة إلا إن القلة هذه كانت لا تؤدي الخدمة المطلوبة علي الوجه الأكمل .

وكان لقيام الثورات التاريخية المشهورة في بداية العصور الحديثة أكبر الأثر في توجيه الاهتمام بهذه الفئة والنظر إليهم بعين إنسانية فالثورة الفرنسية والثورة الأمريكية جاءتا بمفاهيم تؤكد قيمة الفرد وحقوق الإنسان.

ونجد أراء فيليب بينيل (Philip Pinel 1745.) التقدمية حيال المرضي العقليين فكان يري أن المرضي العقليين " أو المجانين " ليسوا سوي مرضي يستحقون كل رعاية واهتمام ولا بد من تضافر الجهود في سبيل الأخذ بيد هذه الفئة التعسة من الناس حتى يمكن العمل علي إعادتهم إلي حالتهم العقلية الطبيعية وعمل فيليب بينيل مديرا لمستشفي بيستر Bicetre

في فرنسا وبدأ في تطبيق سياسة جديدة في المستشفي وكانت Hospital تقوم علي الابتعاد عن وسائل العنف والقسوة في معاملة المرضي العقليين . وأمر بفك السلاسل والقيود الحديدية عنهم وتخفيف كافة الضغوط التي من شأنها أن تزيد حالتهم سوءا ، كذلك قام بعمل سجلات لكل مريض بالمستشفي تدون فيها كافة الملاحظات المتعلقة بالمريض مما يسهل عملية جمع البيانات التي تساعد علي التشخيص والعلاج وتتبع حالات المرضي .

وامتدادا للتقدم في مجال علاج المرضي العقليين بدأ الاهتمام بالطفل وصحته العقلية فقد قام برير W.Preyer في ألمانيا بدراسات تهتم بعقل الطفل سنة ١٨٨١ وكان الكتاب بعنوان عقل الطفل وكان يهتم بالأفعال المنعكسة لدي الطفل حديث الولادة.

وفي إنجلترا أسس " سلي " J.Sully الجمعية البريطانية لدراسة الطفل ونشر مجموعة من الدراسات عرفت باسم " دراسات الطفولة ".

كما نشطت حركة دراسة سيكولوجية الطفل ففي فرنسا نشر بينيه Binet بحثا بعنوان " دراسة تجريبية في الذكاء وامتدّ هذا النشاط الي أمريكا وبدأ الاهتمام بالدراسة المنظمة لمظاهر سوء التوافق لدي الأطفال وتأسست أول عيادة نفسية للأطفال أسسها لايتر ويتمر (L.Witmer) في جامعة بنسلفانيا ١٨٩٦ لرعاية الأطفال المعاقين ذهنيا وفي هذه العيادة انصرفت العناية منذ البداية إلى الربط بين الدراسات الطبية والدراسات النفسية. وشيئا فشيئا أخذ اهتمام الدراسيين يمتد من الآثار المباشرة للمرض وسوء التغذية إلي الآثار الاجتماعية والوجدانية المترتبة علي هذه المعوقات ، وكذلك إلي الصراعات التي تنشأ حول الطفل داخل الأسرة وفي المدرسة وأيضا في مجال علاقاته بالآخرين . وفي الفحوص التي كانت تجرى كانت جهود الفاحصين تتركز أكثر وأكثر علي النظر في نتائج تطبيق الاختبارات النفسية من اختبار بينية للذكاء وتعددت العيادات النفسية للأطفال بعد ذلك في المدن الأمريكية الكبرى (Murphy, 1938.)

وعلي صعيد آخر كان الاهتمام في العصور الحديثة باستخدام التنويم المغناطيسي لعلاج المرضي المصابين بالمرض العقلي ويرجع التنويم المغناطيسي إلى أواخر القرن الثامن عشر حيث قام الطبيب النمساوي " أنطون مسمر " (Anton Mesmer) بتنويم المرضي النفسيين لعلاجهم ولكن أصدرت لجنة من العلماء حكمها علي " مسمر " بالشعوذة لكن كان ذلك بعد

قرن من الزمان وأخذ التنويم المغناطيسي كطريق للعلاج وبخاصة علاج حالات الهستيريا .

وفي أواخر القرن التاسع عشر أصبح العلاج بالتنويم في مدرسة " شاركو " بدعة العصر وشاع حتى اصطنعه كثير من الأطباء مثل " بروير" وصديقه " فرويد " .

وقد ظل التنويم المغناطيسي طفرة كبيرة علي يد طبيب الأعصاب الفرنسي " شاركو " Charcot فقد جعل من التنويم المغناطيسي وسيلة علاجية ضخمة في مستشفي " سالبترير " Salpetriere لقد اهتم شاركو اهتماما بالغا بدراسة مرض الهستيريا وذهب الي أن هذا المرض لا ينتج عن إصابات في الجهاز العصبي . وترجع القيمة الأساسية للأعمال التي قام بها شاركو الي أنه وجه الاهتمام إلى ضرورة البحث عن أسباب الاضطرابات السلوكية ليس من الناحية الجسمية فحسب بل ومن الناحية النفسية والعقلية أيضا .

وفي عام ١٨٨٥ وصل فرويد إلى مستشفي سالبترير واختلف مع الأطباء هناك في وصف الهستيريا حيث وصف فرويد بعض حالات الهستيريا عند الرجال وكان هذا مخالفا للاعتقاد القديم الشائع أن الهستيريا مرض يصيب النساء فقط بسبب تجوال الرحم في جسم المرأة طلبا للإشباع الجنسي ولكن فرويد صحح هذا الاعتقاد الخاطئ عندما وجد المرض في بعض حالاته من الرجال .

وقد وجد فرويد أن علاج الاضطرابات النفسية عن طريق التنويم المغناطيسي إنما هو علاج ناقص وأن الشفاء الذي يحدث نتيجة له شفاء مؤقت لا يلبث أن يزول أثره بعد حين ، فيعود الاضطراب بشكل آخر أو يعود المريض الي حالته الأولى .

كل هذه الأسباب كانت دافعا لفرويد للبحث عن وسيلة أخرى للعلاج تكون أكثر نجاحا وتوفيقا ، وكذلك للبحث في طبيعة " العوامل النفسية " التي تؤدى إلى الاضطراب النفسي وقد أدي به هذا البحث الي إقامة نظريته في التحليل النفسي .

من الأحداث الهامة أيضا في التاريخ المبكر لعلم النفس الإكلينيكي ما قام به عالم النفس شبرد ايثورى فرانز (S.I.Franz) فقد دعي عام ١٩٠٣ للعمل في معمل مستشفي ماكلين ، وهو المعمل الذي تأسس أصلا لإجراء فحوص علي المرضى الذهانيين من نزلاء المستشفي . وكلف في بداية

الأمر بتوجيه بحوثه لإلقاء الضوء علي ما يكون علاقة بين فيزيولوجيا الأعصاب وبين مشكلات الإثارة والانهباط.

وأجري فرانز البحث الذي كلف به في هذا الصدد ، وكان من قبل قد نشر مقالا بعنوان " في وظائف المخ ، الفص الجبهي وعلاقته بإنتاج وحفظ العادات الحسية الحركية " . Onthefunctionsofthecerebrum: thefrontallabsinrelationtotheproductionand retention of simple sensory – motor habits. (Amer. J. Physical, 1902, 8,1 – 22)

وفي سنة ١٩٠٧ انتقل فرانز الي مستشفي سانت اليزابيت للأمراض النفسية في واشنطن وفي الوقت نفسه عين في جامعة جورج واشنطن . وكانت مهمته الأولى أن يصمم أداة مقننة للفحص النفسي الإكلينيكي التي تستخدم في المستشفي وقد أنجز هذه المهمة ، فصممت الأداة وروجعت ، ونشرت في كتاب يعتبر الأول من نوعه في العالم ١٩١٢ ثم نشر الكتاب طبعة ثانية ١٩١٩ وكان عنوانه .

(Handbook of mental examination methods, 2nd Ed. New York Macmillan, 1919)

ونظرا للتطور في مجال الطب والنظر إلى المرض النفسي والعقلي فقد أرجع الطبيب الألماني كرابلين (Kraepelin1855- 1926) " أن المرض العقلي إنما يرجع إلى عوامل جسمية ، شأنه شأن أي مرض جسمي .

وقد خرج كرابلين من دراساته التي أجراها علي الكثير من حالات المرض العقلي إلى تقسيم حظي بشهرة كبيرة وأصبح يعرف بتقسيم كرابيلين (Kraepelins Classification) ، حيث صنف الأمراض العقلية إلى مجموعتين .

١ ـ جنون الهوس والاكتئاب " الجنون الدوري " (Manic – Depressive Psychosis) وقد اعتقد أن سبب هذا المرض العقلي إنما يرجع الي اختلال عمليات الهدم والبناء في الجسم وأن ذلك يرجع إلى عوامل وراثية .

٢ ـ الفصام " أو جنون المراهقة " (Schizophrenia) وقد أرجع هذا المرض العقلي إلى اختلال وظائف الغدد الجنسية لقد توصل " كرابيلين " إلى هذه النتائج بحكم عمله كطبيب واعتماده علي ما أحرزه الطب الجسمي من نتائج حاول أن يطبقها في مجال الأمراض العقلية .

رابعا ـ علم النفس الإكلينيكي الحديث

يعتبر علم النفس الإكلينيكي ميدانا منظما من ميادين العلم ويرجع تاريخه الحديث منذ حوالي مائة عام حيث بدأ يأخذ بالمنهج العلمي في البحث والدراسة ومن هنا بدأ يكون لهذا العلم وسائله وأدواته الخاصة التي يستعين بها في الملاحظة والقياس .

- ففي سنة ١٩٠٣ نشر بينيه دراسته المشهورة في عمليات التفكير تحت عنوان " الدراسة التجريبية للذكاء " وهي الدراسة التي أجرى تجاربه فيها علي ابنتيه .
- في سنة ١٩٠٥ قدم مجموعة من الاختبارات المتدرجة في الصعوبة للكشف عن النقص العقلي وقياسه وكان من بين هذه الاختبارات ما يقوم علي تسمية الأشياء ـ إعادة الأرقام ـ تكملة الجمل الناقصة ـ فهم الأسئلة ـ المقارنة بين خطوط مختلفة الأطوال .
- في سنة ١٩٠٨ روجعت الاختبارات علي ضوء الخبرة التي تراكمت من خلال تطبيقاتها ونشرت بعد المراجعة في مجلة " الحولية السيكولوجية " مجلد ١٤ والتي تصدر في فرنسا .
- وبعد ذلك تعددت مراجعات بينيه لتحديد معني الذكاء وفي نهاية الأمر أصبح بينيه يعرف الذكاء لا علي أنه وظيفة واحدة متجانسة ولكن علي أنه تجميع لثلاث وظائف مختلفة هي فهم التعليمات ، والاحتفاظ بتوجه ذهني مناسب والقيام بنوع من النقد الذاتي " أي إعادة النظر فيما تم من خطوات " .

ونظرا للتطور العلمي الهائل فإنه منذ حوالي عام ١٩٢٠ أصبحت اختبارات الذكاء الفردية والجمعية ، اللفظية وغير اللفظية ، في ميسور السيكولوجيين الإكلينيكيين كذلك أصبح مفهوم نسبة الذكاء (I. Q.) من المعايير الأساسية التي يستعينون بها في قياس الذكاء وتقديره.

وكان نتيجة لهذا التقدم الذي شهدته اختبارات الذكاء أصبح قياس الذكاء من بين الوظائف التي يطلع بها السيكولوجي الإكلينيكي . (مرجع سابق)

خامسا ـ علم النفس الإكلينيكي بعد الحرب العالمية الأولى

بعد الحرب ظهرت الحاجة إلى تطور مقاييس جديدة تتعلق باختلالات التوافق في الشخصية .

وكان من أوائل هذه المحاولات المقياس المعروف باسم " قائمة بيانات الشخصية (Personal Data Sheet)، التي صممها روبرت ودوروث (R.Woodworth) وقد صممها لتستخدم في فحص المجندين في الجيش الأمريكي وقام هذا الاختبار علي أساس الأعراض الشائعة للعصاب، وكان نموذجا يحتذي به في مجموعة كبيرة من مقاييس التكيف التي ظهرت بعد ذلك .

- علي غرار قائمة ودوروث صمم ثرستون (L.L.Thurston) قياسا أسماه " قائمة الشخصية (Personality Schedule) وتضم هذه القائمة ٢٢٣ سؤالا ، تتجه نحو الكشف عن اختلال التوافق في مجالات الشخصية والاجتماعية في سن الشباب المبكر .
- كما قام برنرويتر (R.G. Bernreuter) بعمل قائمة للشخصية وتحتوي علي ١٢٥ سؤالا وتضم أربعة مقاييس : أحدها للعصابية والثاني للاكتفاء الذاتي ، والثالث للانطواء ، والرابع للخضوع والسيطرة .
- كما قام " ألبورت وفونون " في عام ١٩٣١ إلى دراسة القيم وساعد ذلك علي نمو اختبارات الشخصية وشملت القيم الجمالية ، والقيم الدينية ، والقيم الاقتصادية ، والقيم السياسية ، والقيم الاجتماعية ، والقيم النظرية.
- كما ظهرت الاختبارات الإسقاطية (Projective Technique) وظهرت نتيجة للتعمق في علم النفس . ونتيجة لما وصل إليه علماء النفس من أن السلوك الظاهري للفرد إنما يخفي وراءه نزعات ودوافع وخبرات كامنة في الفرد هي التي تحدد نمط سلوكه واستجاباته .
- كان أول نوع من الاختبارات الإسقاطية هو ذلك الذي استخدمه جالتون (Galton) في عام ١٨٨٥ من وسائل تداعي الكلمات (Word - Association Technique) والتي استخدمها باهتمام بالغ بلير ويونج (Bleuler & Jung) في عام ١٩٠٥ .
- كما ظهر اختبار الرورشاخ (Rorschach) ونشره هيرمان رورشاخ في عام ١٩٢١ وكان نتيجة البحث الذي قام به عن استخدام بقع الحبر في التشخيص

وقد قام هذا الاتجاه في القياس علي الافتراض البسيط الذي يذهب إلى أن الفرد سوف يعطي دلائل هامة من تكوينه النفسي حينما طلب منه أن يفسر مثيرا غامضا . ويعتقد رورشاخ أن هذه الإسقاطات الصادرة من

شخصية الفرد ، إنما تعكس الطريقة التي يستجيب بها لخبرات الحياة الواقعية .

- كما ظهر اختبار إسقاطي آخر وهو اختبار تفهم الموضوع Thematic Apperception Test (TAT) الذي قدمه مورجان وموراي Morgan & Murray) في عام ١٩٣٥ ويتكون الاختبار من سلسلة من الصور توضح مواقف غامضة ، يطلب فيها من المفحوص أن يكون من وحي الصورة المقدمة له قصة ينسجها ، الأمر الذي يؤدي به إلي أن يعكس فيها خبراته ونزعاته وحاجاته وغير ذلك .
- وكذلك في تطور آخر للاختبارات التي تخدم في مجال التشخيص الإكلينيكي وخاصة في مجال الشخصية كانت بطارية مقاييس مينسوتا متعدد الأوجه للشخصية ، المعروفة باسم (M .M. P. I.) وقد صممت عام ١٩٣٩ وتعتبر هذه البطارية ممثلا لمرحلة جديدة في تطور المقاييس النفسية الإكلينيكية للشخصية ، سواء من حيث المضمون قياس الاستجابات اللفظية المميزة للمرضي المشخصين بحسب التشخيصات السيكياترية المعروفة أو من حيث الحذق المهني الذي تنطوي علية البطارية ، فقد زودت بثلاثة مقاييس فرعية لرفع مستوي كفاءة البطارية كلها : مقياس الكذب L.Scale ومقياس للكفاية F.Scale ومقياس للتصحيح K.Scale وقد أطلقت هذه البطارية طاقة الابتكار المتخصص للمجال الإكلينيكي عند كثير من الباحثين فأصبح ما يسمي بالبروفيل الإكلينيكي للشخصية .

وجدير بالذكر أن أسلوب استخدام هذه البطارية في بداية ظهورها عام ١٩٣٩ وهو تاريخ ظهور أول مقال يقدم فكرة البطارية تطور نحو مزيد من الحذر في الاعتماد المباشر علي أسماء المقاييس وكانت تحمل أسماء فئات التشخيص السيكياتري المعروفة وكان هذا التطور سبباً لمزيد من الحذق السيكولوجي الإكلينيكي (Anastasi,1976.)

- في تطور آخر لعلم النفس الإكلينيكي بعد الحرب العالمية الأولى صمم اختبارات نفسية للتطبيق علي الذهانيين واعتمد الاكلينيكون في هذا المجال علي اختبارات الذاكرة علي أساس أن بعض الاضطرابات العقلية تكشف عن نفسها أساسا في شكل اختلال في التذكر " حالات الامينيزيا " وهناك اضطرابات عقلية أخرى تكشف عن نفسها جزئيا في شكل اختلال في التذكر أيضا " حالات عته الشيخوخة مثلا " .

- من بين الاختبارات التي اشتهرت في هذا المجال اختبار صممه ويلز (F.L.Wells) ونشره في كتابه الاختبارات النفسية في العمل الإكلينيكي وكون له معايير علي الأسوياء ويقارن بها أداء المرضي وقد تبين لويلز نفسه نتيجة للتطبيق علي ١٧٩ مريضا ذهانيا أن أسوأ الفئات الإكلينيكية علي اختباره هم" المصابون بإصابات عضوية في المخ " والمصابون بالشلل الجنوني العام .
- كما ظهرت عدة اختبارات لقياس التدهور العقلي غير المباشر ومنها
  ١ - اختبار بابكوك - ليفي (Babcack -- Levy test) عام ١٩٤٠.
  ٢ - اختبار سيلي - هاتفورد (Shiply -- Hartford test)
  ٣ - اختبار هنت مينسوتا (Hunt – Minnesota test)
  ٣ - مقياس التناقض علي اختبار وكسلر بلفيو لقياس الذكاء ١٩٤٠.

بعد العرض لتطور علم النفس الإكلينيكي بعد الحرب العالمية الثانية نستطيع أن نوجز ونشير إلي أهم الأدوات والمفاهيم التي ظهرت وشاع استخدامها بين المختصين بعلم النفس الإكلينيكي .

فتطورت مقاييس للشخصية وركزت علي اختلال التوافق وصممت أيضا اختبارات عقلية للتطبيق علي الذهانيين للكشف عن مدي الاختلال الذي يعانيه هؤلاء المرضي من خلال قياس الذاكرة وقياس التداعي وقياس التدهور العقلي .

وظهرت أيضا مفاهيم إكلينيكية كان لها دور هام في نمو العلم والمهارات الإكلينيكية منها " بر وفيل الشخصية " واتجاه المفحوص نحو الاختبار ، التدهور العقلي .

كما تبلور شكل العيادة النفسية في شكل فريق عمل يتألف من الطبيب النفسي ، والممارس أو الأخصائي النفسي الإكلينيكي والأخصائي الاجتماعي.

فكانت الخبرات تتعاون لتقديم أفضل شكل من شأنه إعطاء المريض أفضل خدمة ممكنة في ميدان الفحص وتحقيق الشفاء .

سادسا - علم النفس الإكلينيكي بعد الحرب العالمية الثانية

في فترة ما بعد الحرب العالمية الثانية ولأول مرة في التاريخ الطويل لعلم النفس الإكلينيكي يجتمع عدد من العلماء يمثلون سلطة علمية معينة ليضعوا تحديدا مكتوبا لما هو المقصود من علم النفس الإكلينيكي كعلم

وكممارسة . ووضع العلماء وثيقة لها أهمية تاريخية بالغة والعلماء الذين شاركوا في هذه الوثيقة هم " هيلجارد(E.Hilgard) وكيلي (E.L.Kelley) ولكي (B.Luckey) وسانفورد (R.N.Sanford) وشيفر (L.F.Shoffer) وشاكاو (David Shakaw) " .

واجتمعوا بتفويض من جمعية علم النفس الأمريكية علي هيئة لجنة تم تشكيلها في مارس ١٩٤٧ وقد كلفت بوضع برنامج للتدريب في علم النفس الإكلينيكي (Amer . Psychologist 1947.).

وكان التقرير الذي وضعته اللجنة يتلخص في :

١ ـ الإشارة إلى المصادر التي يمكن من خلالها تتبع المحاولات المتفرقة التي بدأت في الأربعينات لوضع خطة التدريب في علم النفس الإكلينيكي.

٢ ـ التدريب يكون علي مستوي الدكتوراه وأن يستغرق أربع سنوات.

٣ ـ يوضح التقرير أن علم النفس الإكلينيكي يتجه إلى تحصيل المعرفة وإلى تطبيقها . فيسعى إلي تحصيل المعرفة المنظمة للشخصية الإنسانية والي استخلاص المبادئ والطرق التي يستطيع الدارس بواسطتها أن يستخدم هذه المعرفة لتنمية الصحة النفسية للفرد .

٤ ـ يؤكد التقرير أن الحاجة ماسة إلي إعداد الطالب وتزويده في هذا الصدد بكل ما يفيد النظر والتطبيق في مجالاته الثلاثة . التشخيص، العلاج ، البحث .

٥ ـ إجراء اختبار للأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين ويضع قائمة مفصلة بالصفات الشخصية التي يجب أن تتوفر فيهم .

٦ ـ يؤكد التقرير علي عدد من المبادئ الهامة منها " أن يكون الدارس علي صلة وثيقة بالمادة البشرية الإكلينيكية أي بالمرضي ، أن يتلقى الدارس دروسه وتدريباته في الفروع المعاونة من ممثليها أنفسهم ، تنمية شعور الدارس بالمسئولية إزاء مرضاه

٧ ـ ينصرف التقرير في جزئه الأخير إلي مناقشة عدد من المشكلات الخاصة مثل مشكلة التدريب حسب نظام الإكلينيكي المقيم ومشكلة إعداد رسالة مختصرة في نهاية فترة التدريب ومشكلة التكامل بين البرامج الأكاديمية والبرامج الميدانية ومشكلة مسئوليات المهنة ، ومشكلة تقويم الدارسين .

نستطيع القول أن تقرير لجنة ١٩٤٧ وضع إطارا عاما لمقتضيات الاشتغال بعلم النفس الإكلينيكي ، وقد بقي الإطار في خطوطه العامة ثابتا حتى يومنا هذا . وأهم العناصر التي بقيت ثابتة فيه تأكيده علي ضرورة التدريب للإسهام في مهام التشخيص والعلاج وإجراء البحوث، وإبرازه لأهمية الجمع في التدريب بين الجانب الأكاديمي والجانب العملي .

سابعا ـ علم النفس الإكلينيكي المعاصر

نظرا للتطور الهائل الذي حدث في العصر الحديث فقد تطور أيضا مفهوم علم النفس الإكلينيكي فنجد قديما كان يقسم الأمراض النفسية إلى المريض العقلي والمريض النفسي ولكن بعد التطور الهائل فقد نظر إلى الأمراض النفسية علي أن كل من المرض العقلي والمرض النفسي أدمجا تحت اسم اضطراب فأصبح الاضطراب النفسي والاضطراب العقلي وهذا إن دل علي شيء فإنما يدل علي النظرة الشمولية للأمراض النفسية فالإنسان كل متكامل سواء عقلي أو نفسي أو بيئة يعيش فيها .

وامتدادا لهذا التطور فقد أنشئت مؤسسات علاجية ومدارس علاجية كثيرة ومتعددة وأصبح التشخيص والتصنيف هما الشغل الشاغل لهذه المدارس والهيئات فنجد التصنيف الأمريكي والتصنيف الإنجليزي فعلى سبيل المثال كان التصنيف الإنجليزي كالآتي :-

تصنيف اضطرابات الطب النفسي والعقلي والتصنيف العالمي العاشر للاضطرابات العقلية والسلوكية (منظمة الصحة العالمية) ١٩٩١م قائمه بالفئات ثلاثية الصفة من ....٩٩ (عكاشة ١٩٩٢)

تصنيف رابطة الطب النفسىالأمريكية

ففي الدليل الأول (DSM1) والذي سمى الدليل الإحصائي التشخيصى للاضطرابات العقلية والذي خضع لتغيرين أساسين منذ عام ١٩٥٢ (DSM IV1980.)

وتمشيا مع هذا التطور واهتمام علم النفسي الإكلينيكي بالإنسان الذي هو موضوعه الرئيسىفقد تطورات أيضاً المقاييس و الاختبارات النفسية بما تخدم التطور الهائل في العلم وخاصة علم النفس الاكلنيكى.

فقد نشأ في مجال الاختبارات التي تقيس مستوى الذكاء إلى اختبارات تقيس الاستعدادات والقدرات الخاصة كالقدرة السمعية والبصرية والقدرة الآلية واليدوية والقدره الميكانيكية والقدره الكتابية الخ ..

كما تطورت اختبارات أخرى خاصة لقياس اضطرابات الشخصية بدلاً من النظرة الشمولية للشخصية وكذلك ظهرت اختبارات أكثر تخصصاً لتخدم المجال الاكلنيكى كاختبارات لقياس القلق والاكتئاب وتقدير الذات واختبارات أخرى للمخاوف ومعظم الأمراض النفسية والعقلية المتخصصة.

كما نشأت عيادات متخصصة مثل طب نفس الأطفال وعيادة علاج الاضطرابات النفسية السلوكية . كما أن الأخصائي النفسي الاكلنيكى يضيف إلى معلوماته ويزيدها عن طريق ما يحصل عليها من معلومات من الاختبارات والمقاييس بالإضافه إلى ذلك المعلومات الأخرى التي يحصل عليها الأخصائي النفسي من دراسته للحالة سواء حصل عليها من الحالة مباشرة أومن الفريق الذي يعمل معه من أخصائيين اجتماعين وأطباء نفسيين .

كما أن الحرب العالمية الأولى والثانية أدت إلى زيادة الاهتمام بعلم النفسي الإكلينيكى وإلى زيادة إمكانات أسهمت في علاج المرضى العقليين.

كذلك ما قام به كارل روجرز (Carl Ragers) في ميدان العلاج النفسي في أثناء الحرب وما بعدها مباشرة ، وخاصة اهتمامه بنشر نصوص ما يدور في الجلسات العلاجية ، قد أثار اهتماما كبيراً وقد أخذ المنهج العقيم الذي يهتم بتصنيف الاضطرابات العقلية ووضعها تحت أسماء محددة يتلاشى .لديه عدد كبير من السيكولوجية على الأقل وحلت محله رغبة شديدة للقيام بالعلاج أو بما يساعد المريض مساعدة مباشرة .

إن هذا الاهتمام بالعلاج النفسي للكبار ووجود عدد من المحللين النفسيين المدربين من الأطباء أو من غير الأطباء القادمين من أوربا إلى أمريكا فتح أمام السيكولوجيين الإكلينيكيين مجال علاج الكبار وجها لوجه علاجا طويل الأمد . وقد كان هذا العمل في السابق يكاد يكون مقصورا علي قليل من السيكاتريين المدربين علي التحليل النفسي .

من الممتع أن هذه التغيرات تصور لنا كيف تؤثر الأحداث الاجتماعية والاقتصادية والسياسية في تطور أي علم من العلوم كما أن التطور الهائل في علم النفس الإكلينيكي والمشتغلين به أدي الي تكوين رابطات للأخصائيين النفسيين المؤهلين ومنها علي سبيل المثال رابطة الأخصائيين النفسيين الأمريكيين ورابطة الأخصائيين النفسيين البريطانيين كما أنه في مصر تكونت رابطة الأخصائيين النفسيين المصريين وأصدرت المجلة

الخاصة بها وسميت باسم رائم لكي تخدم في مجال العلاج والإرشاد النفسي وتنتشر الأبحاث في هذا المجال .

وكذلك تطورت المدارس والنظريات التي تفسر السلوك المرضي وتطور معها أساليب العلاج التي تساعد المرضي وكذلك تساعد علي التشخيص . وأصبحت المدارس العلاجية تصلح لنوع من الأعراض والأمراض دون غيرها أي أصبح كل تشخيص يصلح معه العلاج بأسلوب معين فمثلا الاكتئاب كان العلاج الأمثل له من الناحية النفسية العلاج العقلاني أو العلاج المعرفي .

ويجدر بنا أن نشير إلى العالم آبت (E.L.Abt) إلى الإنجازات الحاضرة لعلم النفس الإكلينيكي وما تزال في حالة الارتقاء كتطلعات مستقبلية لابد من استكمالها والتي وردت في كتابه(Progress in clinical psychology.) وحددها بالتالي

(Abtl.E.1956.)

١ ـ إن علم النفس الإكلينيكي بدأ يتجه لوضع مفاهيمه وفروضه في صورة قابلة للاختبار والفحص (Test table) متمشيا مع أدق الأساليب المنهجية العلمية .

٢ ـ بدأ علم النفس الإكلينيكي والمختصون فيه يدركون بأنه لابد أن يتكامل هذا الميدان بالتفاعل مع غيره من العلوم وبالذات مع كافة فروع علم النفس وميادينه " منهجيا ونظريا " وبذلك يضمن لنفسه النمو والاستمرار والتطور .

٣ ـ إن علم النفس الإكلينيكي يحاول التوجه حاضرا ومستقبلا نحو الاتجاه الكمي بالاعتماد علي الاختبارات والقياس بجانب الوسائل التشخيصية الأخرى .

٤ ـ أصبح علم النفس الإكلينيكي أكثر اهتماما بالتنبؤ (Prediction) وتعتبر أبحاث جلوك وجلوك (Glueck & Glueck) في الكشف عن الجناح مثالا علي الاهتمام بالتنبؤ .

٥ ـ لم يعد ميدان علم النفس الإكلينيكي محصورا في دراسة غير الأسوياء فقط وإنما أصبح مهتما أيضا " بنمو الأسوياء " وتطوير مواهبهم .

٦ ـ أصبح علم النفس الإكلينيكي أكثر اعتمادا علي الميادين والعلوم الأخرى وعلي وجه التحديد علم النفس الاجتماعي ، علم النفس الفارق، والانثروبولوجيا الاجتماعية والثقافية .

٧ ـ بدأ علم النفس الإكلينيكي يهتم بوضع قضايا التحليل النفسي في صورة يمكن إجراء التجارب عليها .

٨ ـ أصبح علم النفس الإكلينيكي يهتم بالأسس النظرية القائمة على البحث والدراسة للعلاج النفسي .

٩ ـ بدأ علم النفس الإكلينيكي باستخدام نماذج الترميز (السيبرنيقا) (Cypernetics.) إكلينيكيا بطريقتين :

أ ـ الإدراك بأن هناك " أساسا واحدا " للوظائف العقلية والاجتماعية ووسائل الاتصال المعدلة لذاتها .

ب ـ استخدام الإرجاع الحيوي (The Feedback) والاستفادة في معالجة كثير من التطورات القائمة في علم النفس الإكلينيكي .

١٠ ـ بدأ يهتم علم النفس الإكلينيكي بالتفاعلات المتداخلة والعلائق أي لم يعد يهتم بالظاهرة السلوكية باعتبارها مثيراً واستجابة فقط ولكنه أصبح يهتم بعدة مثيرات متفاعلة وبنتائجها مجتمعة .

الفصل الثاني

ما هو علم النفس الإكلينيكي ؟

- أولاً :- تعريفه
- ثانياً :- أهميته
- ثالثاً :- مجالاته

الفصل الثانى
ما هو علم النفس الإكلينيكي ؟

أولا ـ تعريفه

يعتبر التعريف في العلوم الإنسانية مشكلة تثير كثيراً من الخلافات بين العديد من العلماء وذلك نظرا لاختلاف الأطر المرجعية التى يحاول كل عالم أن يعرف به العلم الذي هو بصدد تعريفه أو الظاهرة التي يتناول معالجتها .

وهذا الاختلاف في العلوم الإنسانية إنما هو ناتج من كثرة المدارس والنظريات ويختلف ذلك عن العلوم الطبيعية التي تكون محدودة ومقننة .

" علم النفس الإكلينيكي هو أحد الفروع التطبيقية لعلم النفس الحديث. وهو يعتمد الي حد كبير علي الإفادة من المعلومات والمهارات التي أمكن تحصيلها من جميع فروع علم النفس ، الأساسية والتطبيقية ، بهدف زيادة كفاءة الخدمة الطبية النفسية التي تقدم للمرضي النفسيين في مجالات التشخيص والعلاج والتوجيه والتأهيل وتدابير الوقاية " .

والمقصود بأن هذا الفرع علم تطبيقي أن الهدف الرئيسي الذي يسيطر بالفعل ، ويجب أن يظل مسيطرا علي نشاط العاملين فيه هو تحصيل الفائدة العلمية التي يمكن تطبيقها في ميدان الاضطرابات والأمراض النفسية، العصابية والذهانية.

وعلم النفس الإكلينيكي بالمعني الواسع هو ميدان تطبيق المبادئ النفسية التي تهتم أساسا بالتوافق السيكولوجي للأفراد ويتضمن التوافق السيكولوجي مشكلات السعادة ــ مثل مشاعر عدم الارتياح والإحباط وعدم الملائمة والقلق أو التوتر لدى الأفراد ، كما يتضمن علاقاته بالآخرين ، ومطالب المجتمع الأكبر الذي يعيش فيه وأهدافه وعاداته .

فعلم النفس الإكلينيكي ... ميدان حيوي وجديد من ميادين البحث في النفس الإنسانية سواء في سيرها وتطور نموها نحو سعادة الإنسان وهنائه .... أو في انحرافها به إلى ظلام اليأس والشقاء ...

وتوجد تعريفات عدة متعددة وينطلق كل تعريف من اتجاه محدد وهي :

١ ــ الاتجاه الطبي .
٢ ــ الاتجاه المرضي ــ الشذوذي .
٣ ــ الاتجاه السلوكي .
٤ ــ الاتجاه القياسي .
٥ ــ الاتجاه التوافقي .

وسوف نتطرق إلى كل تعريف باختصار لنرى أهمية تعدد الاتجاهات وتنوعها لخدمة العلم وكذلك لإبراز مدي أهمية التنوع في المشتغلين بعلم النفس الإكلينيكي .

١ ــ الاتجاه الطبي

في هذا الاتجاه يقرر الطبيب بيش (Bisch ,1925.) أن علم النفس الإكلينيكي هو علم مبني علي الخبرة الإكلينيكية ولا ينبغي لأحد أن يعتبر نفسه أخصائيا إكلينيكيا نفسيا ما لم يكن لدية تدريب وخلفية طبية .

٢ ــ الاتجاه المرضي والشذوذي

يتزعم هذا الاتجاه العالم جودارد (Goddard 1919.) ويري أن علم النفس الإكلينيكى يجب أن يّعني بالفحص الشخصي للفرد الشاذ عقليا على الأقل ذكاء .

٣ ــ الاتجاه السلوكي

ركز أقطاب هذا الاتجاه علي السلوك باعتباره الميدان والهدف وموضوع الدراسة ، والتشخيص .

أ ــ يري وايتمر (L.Witmer) أن علم النفس الإكلينيكي يجب أن يدرس سلوك الفرد وعقله ونفسه " بالملاحظة والتجريب " ويتم نمو العقل والنفس بعلاجهما .

ب ــ بروتماركل (Brotemarkle) يحدد أن تدور الدراسة لعلم النفس الإكلينيكي حول أنماط السلوك المنتظمة فيما بينها (Inter – Organized Patterns) وتطبيقها علي الإنسان الفرد بعد تحليل امكانياته وقدراته ، والاستفادة من كافة المؤثرات العلمية طبيا واجتماعيا ، ونفسيا للوصول إلى السلوك الراشد .

٤ ــ الاتجاه القياسي

في هذا الاتجاه يري برونير (Bronner) أن الاختبارات إجرائيا وتفسيريا هي المجال الأساسي لعلم النفس الإكلينيكي .

٥ ــ الاتجاه التوافقي

يعتبر براون ١٩٦٨ (Brawn) أن رسالة علم النفس الإكلينيكي وتعريفه وموضوعه هي أنه يجب أن يعالج مشكلات توافق الفرد مع نفسه وبيئته ومجتمعه وتحقيق ذاته .

نرى أن معظم هذه التعريفات قد لاقت نقداً من حيث خصوصية كل اتجاه ولكن الوصول إلى تعريف عام شامل في هذا العلم نرى أنه من الصعوبة بمكان لتشعب مجالاته وميادينه ولكن قد اجتهدت اللجنة الإكلينيكية في جمعية علم النفس الإكلينيكي وعرفته كالتالي :

" إنه صورة من صور تطبيق علم النفس وهو يهدف إلى تحديد إمكانيات السلوك وخصائصه عند الفرد عن طريق وسائل القياس ، والتحليل، والملاحظة والذي يقوم علي أساس لكامل النتائج التي يصل إليها، بالإضافة إلى نتائج الفحص الجسمي وتاريخ الحالة ، واقتراحاته ، وتوصياته لتحقيق تكيف ملائم للفرد " .

ونري أن كثرة التعريفات وتعددها إنما يخدم العلم ويجب علي الأخصائي النفسي المشتغل في هذا المجال أن يلم بكل هذه الاتجاهات حتى تساعده في العمل التطبيقي وسوف يتم شرح ذلك عند التعرض لمن هو الأخصائي النفسي لإكلينيكي ؟ .

ثانيا ــ أهمية علم النفس الإكلينيكي

تأتي أهميته من الهدف منه فهو يهتم أساسا بالإنسان واهتمامه بالإنسان بما هو أنس ومؤانسة يعتبر من أفضل المكتسبات الحضارية حيث إن الحضارة المادية إذا اخترع عالم آلة يقوم بعمل صيانة لها وتعليمات لكيفية تشغيلها فما بالك بالإنسان يحتاج إلى معونة دائمة وذلك بعد المدد الروحي له من الخالق سبحانه وتعالى .

وأصبحت العناية بالصحة النفسية للأفراد ، موضوع اهتمام كثير من الحكومات وكذلك من العاملين في مجال علم النفس ، لأن التنافس الشديد بين البشر والمقاييس المادية المحضة التي سلبت الإنسان مشاعره ووجدانه وحولته إلى مجرد آلات صغيرة تتحرك في مجال الإنتاج وصراعات الحياة لذلك يتطلب الأمر مزيدا من الرعاية في مجال الخدمات النفسية التي تهيئ للفرد حياة مستقرة يشعر فيها بالسعادة والرضا والتحمس للحياة والإقبال عليها بمعنويات أفضل .

وقد جاء في خطاب رئيس الجمعية الدولية للصحة العقلية " د.ريز " الذي ألقاه في برشلونه في سبتمبر ١٩٥٩ .

" عندما تنتشر الأوبئة والأمراض في قطر من الأقطار ، يعم الذعر بين المسئولين ، وتوجه كل الجهود ، وتبذل الملايين لمكافحة الأمراض والأوبئة لضمان الحياة السليمة للمجتمع . ولكن هناك ناحية أخري في حياة المجتمع يجب ألا تقل العناية بها عن العناية بمكافحة الأمراض والأوبئة ، ونعني بها العناية بصحة المجتمع النفسية والعمل علي تجنب أفراده ما يعصف بحياتهم وطمأنتهم وراحتهم النفسية ، إن أبرز ما يتصف به القرن العشرون أنه قرن تسوده عوامل الصراع والتطاحن والحرب النفسية ، لدرجة جعلت كثيرا من سكان العالم في بقاع مختلفة يعيشون علي حافة الهاوية . كل هذا دعا الباحثين في العوامل الإنسانية وعلم النفس علي وجه خاص ، أن يطلقوا علي هذا العصر لقبا مميزا هو " عصر القلق " وليس غريبا أن يطلق هذا الاسم علي عصرنا هذا إن الاضطراب النفسي قد تفشى بين الناس في القرن العشرين وأصبح يسيطر علي كثير من مظاهر سلوكهم حتى أصبح المحور الذي تدور حوله الأبحاث المختلفة في تعلل كثير من مظاهر سلوكنا الخارجة عن المألوف . لقد تعرض العالم إلى حربين عالميتين ، نشرتا في نفوس الناس القلق والدمار والتشويه والأمراض التي انتقلت إلى أحقادهم ، أشاعتا الذعر والخوف والارتباك في النفوس وأصابت الإنسانية بضغط اقتصادي خانق عانى البشر منه أنواعا كثيرة من الضيق والاضطراب ، وقاسوا ضروبا شتى من العوز والحرمان. وفي مقدمة العوامل التي تساعد علي شيوع الاضطراب النفسي بين الأفراد في الوقت الحاضر ، تقدم المخترعات الحديثة التي يقصد بها إهلاك النوع البشري ، فإنها من عوامل إثارة القلق ، لأنها وسائل للفناء والموت في حرب ذرية لا يعلم مداها أحد " . (محمود الزيادى ١٩٦٩) .

وتلعب العوامل الثقافية والحضارية والاجتماعية في إصابة الأفراد بالاضطراب أو الصحة النفسية فإذا كان المجتمع يعيش في أزمات يولد ذلك مشاكل اجتماعية مثل الفقر والصراع والجوع والجهل والمرض فإن ذلك يؤثر بلا شك علي الصحة النفسية للأفراد .

ونظرا لصعوبة الموقف وشعور العالم بالدمار من الآثار التي تنتج عن الحروب فقد أنشئ العديد من المنظمات التي تقوم بدورها بحفظ

الحقوق والمساعدات الإنسانية حتى تقلل الصراع والتخفيف من القلق الناشئ عن عدم الاستقرار في مناطق كثيرة من العالم .

وأشارت كارين هورني إلى أن العوامل الثقافية التي تؤدي إلى القلق عند الأولاد وتتلخص في .

١ ـ التنافس

٢ ـ الفردية وعدم المساواة في جميع الميادين كالممتلكات وفرص التعليم والصحة والسكن وانتشار الاستغلال والجريمة .

كما أن اضطراب العلاقات الإنسانية بصورة عامة بسبب بعض الاضطرابات كالانعزال الوجداني ، والاغتراب والفقر العاطفي والشعور بالحياة الفارغة ، وفقدان التوازن النفسي وبالتالي يشعر الفرد بأنه عاجز ضعيف ، وأنه مهدد لا يجد من يحميه ، كما أن ضعف المثل العليا تجعل الفرد يشعر بأنه عاجز من قوة عظمى ، تحميه ، وتوجهه .

ومما يصيب الإنسان بالاضطراب أيضا ما يتصل بأساليب التربية الخاطئة ، والتفكك العائلي واللجوء إلى إسكات الرغبات الجامحة التي تريد الاستمتاع بمباهج الحياة وذلك يؤدي إلى الشعور بالخوف ، والتشاؤم ، والشعور بالنقص ، والتردد والشك .

كل هذه العوامل سالفة الذكر تؤدي إلى الاضطراب وبالتالي تبدو أهمية الاهتمام بصحة المجتمع النفسية والعمل علي الحياة بصوره آمنة وطمأنينة وراحة نفسية .

لذلك كان لابد من وجود وسائل وقائية ضد العوامل التي تؤدي إلى تعرض أفراد أي مجتمع من المجتمعات لمشاعر الاضطراب النفسي .

وتأتي هذه الوسائل تطبيقاً لمبادئ الصحة النفسية علي أفراد المجتمع للبحث عن العوامل التي تؤدي إلى عدم الاتزان النفسي في الأفراد والعمل علي تخفيف هذه العوامل . (مرجع سابق)

في هذا الصدد يجدر بنا أن نشير إلى الإحصائيات التي تقدر حجم الظاهرة ومدي الاضطراب النفسي الموجود في المجتمعات .

١ ـ يوضح " فليكس وكريمر " في مقالهما ١٩٥٣ بأن ما يزيد علي (٧٥٠٠٠٠ مريض) بمرض عقلي يترددون علي مستشفيات الأمراض العقلية في الولايات المتحدة الأمريكية وأن الأشخاص الذين يعانون من أعراض المرض العقلي يشغلون حوالي نصف الأسرة الموجودة بالمستشفيات . وتقدر قيمة ما ينفق علي هؤلاء المرضى

العقليين بحوالي بليون دولار سنويا . وهذا يمكن القول بأن هناك ١٦٠ شخصا مريضا عقليا بالنسبة لكل (١٠٠٠٠٠ فرد) من السكان ، وأن الفصاميين يمثلون نصف المرضي العقليين في الولايات المتحدة الأمريكية .

٢ ـ أشار جولد هامير ١٩٥٣ إلى أن التقديرات الإحصائية الدقيقة القائمة علي الدراسات التي أجريت في ولاية نيويورك ،بأن طفلا واحدا من كل عشرة أطفال يولدون اليوم سوف يودع في أحد المستشفيات للأمراض العقلية في فترة ما من حياته .

٣ ـ من أهم الإحصائيات التي توضح مشكلة الأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية واضطرابات السلوك والشخصية بصفة عامة ، إحصاء بالولايات المتحدة الأمريكية ذهب إلى أن هناك أكثر من ٦%من السكان يعانون نوعا من سوء التوافق وأن واحداً من كل عشرة من السكان يحتاج إلى معونة الطب النفسي إن عاجلا أو آجلا وأن واحداً من كل ثمانية عشر شخصا ينفق بعض الوقت في مستشفي عقلي، وأن عدد من يدخلون هذه المصحات كل عام يساوي عدد من يتخرجون من الجامعات ، وأن المصابين بأمراض عقلية يشغلون من أسرة المستشفيات أكثر مما يشغله جميع المرضي بكافة الأمراض الأخرى ، وأن نصف من يتردد علي أطباء البدن بعلل جسمية يعانون في الواقع من اضطرابات نفسية انفعالية .

٤ ـ من بين الإحصائيات الهامة أيضا ما جاء به (نورمسان كاميرون) (Cameron Norman) أن من بين المشكلات التي تقلق المواطن الأمريكي ذيوع ظاهرة اضطرابات السلوك . وهذه الظاهرة تمثل " مشكلة قومية خطيرة " . كما يفيد أنه من الصعوبة تقدير حجم انتشار مشكلة الاضطرابات النفسية والعقلية إلا أنه يفيد بأنه يوجد في الولايات المتحدة الأمريكية حوالي ٦٠٠٠٠٠ مريض بالمستشفيات العقلية .

ويقدر ما ينفق سنويا في خدمات الرعاية والعلاج السيكياتري في أمريكا ما يقرب من (٢١٠،٠٠٠،٠٠٠ دولار) وبالإضافة إلى ما ينفقه المرضي الذهانيون علي علاجهم فيكون الإجمالي (٧٧٧،٠٠٠،٠٠٠ دولار) .

ويتساءل " كاميرون " هل تتزايد ظاهريا المرض النفسي والمرض العقلي بدرجة تجعلهما مشكلة قومية بالفعل ؟ !!

ويجيب بقوله أن هناك من يري أن أعراض الاضطراب والمرض النفسي سوف تكون في ازدياد مضطرد وأنه من المحتمل ألا تشهد ظاهرة المرض العقلي تزايدا ملحوظا . (مرجع سابق)

بعد هذا العرض لأهمية علم النفس الإكلينيكي نستطيع أن نحدد وظائف ومسئوليات علم النفس الإكلينيكي كما ذكرها بروتماركل (Brotemarkle 1931.) وهي :

١ ــ تحليل أنماط استجابة الفرد وقدراته
٢ ــ اكتشاف أسباب نشأة هذه الأنماط
٣ ــ تفسير تكاملها في السلوك
٤ ــ دراسة تكيف الفرد علي أساس ما ذكر
٥ ــ تخطيط منهج لإعادة التكيف أو التوافق
٦ ــ تقديم التوصيات الخاصة بطريقة تطبيق هذا المنهج أو المساعدة علي تنفيذه أو تطبيقه بطريقة مباشرة في بعض الأحيان .

بعد هذا العرض لأهمية علم النفس الإكلينيكي نجد أن حجم وطبيعة المشكلة التي هي ميدان علم النفس الإكلينيكي كبيرة وفي ازدياد وتبين مدى ما يتعرض له الأفراد من اضطرابات نفسية وصراعات كل هذا يتطلب حلولاً سريعة ودراسات متعمقة .

فكان هذا التقدم المضطرد الذي شهده علم النفس الإكلينيكي في السنوات الأخيرة والتقدم الملحوظ في اتباعه أسلوب المنهج العلمي في البحث والدراسة وأصبح علم النفس الإكلينيكي هو الوسيلة الفعالة لحل وعلاج المشكلات التي ظهرت في مجتمعات العصر الحديث .

ثالثا . مجالات علم النفس الإكلينيكي

يتميز علم النفس الإكلينيكي بمجالاته الكثيرة والمتنوعة ولكن نجد تداخلاً كبيراً في الاهتمامات بين علم النفس الإكلينيكي والطب النفسي ، فكل منهما يتناول بالبحث الخصائص العريضة للمرض النفسي أو اضطرابات الشخصية

ويعرف علم النفس الإكلينيكي عادة بأنه " ذلك الميدان من ميادين علم النفس الذي يعمل علي تطبيق المبادئ السيكولوجية للسلوك وخاصة ما

يتصل منها بميدان علم النفس المرضي على الفرد موضوع الدراسة في العيادة النفسية

وقد قسم (مصطفي فهمي ١٩٦٧) المجالات التي يختص بها علم النفس الإكلينيكي إلى ثلاثة جوانب .

أولا : الدراسة النظرية

وهي تشمل :

١ ـ دراسة الشخصية

أ ـ نظرياتها

ب ـ عوامل نمو الشخصية

٢ ـ الاضطراب النفسي والعقلي

أ ـ ما هو الاضطراب النفسي ؟ وما هو الاضطراب العقلي ؟

ب ـ تصنيفات الاضطرابات العقلية وتفسيراتها

جـ ـ الاضطراب النفسي أعراضه وتفسيره

٣ ـ اضطرابات السلوك

٤ ـ العلاج النفسي

أ ـ ما هو ؟ وما هي طبيعته ؟

ب ـ مدارس العلاج النفسي المختلفة

جـ ـ الأسس التي تقوم عليها العملية العلاجية

ثانيا : الدراسة التطبيقية

ويقصد بها الطرق الفنية التي يستخدمها السيكولوجي الإكلينيكي في عمليات التشخيص والتوجيه والعلاج النفسي وتتضمن الطرق الفنية الأساسية للأساليب التالية :

١ ـ دراسة الحالة

٢ ـ المقابلة الإكلينيكية

٣ ـ الاختبارات التشخيصية

٤ ـ التشخيص

ثالثا : العيادات النفسية

من ناحية التنظيم ، والفنيات المستخدمة فيها ، وإجراء العمل ، وأخلاقيات العمل .

الفصل الثالث

الأخصائي النفسي الإكلينيكي

أولا ـ من هو الأخصائي النفسي الإكلينيكي ؟
ثانيا ـ إعداد الأخصائي النفسي الإكلينيكي
ثالثا ـ ما هي واجبات الأخصائي النفسي الإكلينيكي؟
رابعا ـ أدوات الأخصائي النفسي الإكلينيكي
خامسا ـ المتطلبات الأخلاقية للعمل الإكلينيكي
سادسا ـ الطاقم الإكلينيكي (الفريق العلاجي)

الفصل الثالث

الأخصائي النفسي الإكلينيكي

أولا ـ من هو السيكولوجي الإكلينيكي ؟

قبل البدء في سمات وخصائص السيكولوجي الإكلينيكي فإننا لسنا بصدد تعريف علمي له ولكن بصدد قدرات ومواهب الأخصائي الإكلينيكي حتى نستطيع أن نحدد دوره وواجباته التي يجب عليه القيام بها .

فالأخصائي الإكلينيكي هو العنصر الفعال وحلقة الوصل بين المريض والتشخيص الدقيق فيجب أن يتحلى بالصفات الإيجابية حتى يكون عنصراً ناجحاً في التعامل مع الأسوياء وغير الأسوياء .

كما ينبغي أن تكون لديه قدرة خاصة على فهم الآخرين ودوافعهم وإحباطاتهم وتكون لديه شخصيه ثابتة وناضجة ذات توازن انفعالي ونظره شاملة .

وبما أن الأخصائي الإكلينيكي يسمح له بمزاولة العلاج النفسي سوف نتطرق إلى شخصية المعالج النفسي .

شخصية المعالج النفسي " الأخصائي الإكلينيكي "

ذكر انتوني ستور(ANTHONY STOORR 1987.) في كتابه فن العلاج النفسي خصائص وسمات شخصية المعالج النفسي أن سمات الشخصية تدفع بعض الناس إلى أن يكونوا معالجين نفسيين فيكون لها جذورعميقة .

فبعض السمات الشخصية المطلوبة للمعالج النفسي تكون ذات وجهين، فما يجعل المعالج النفسي جيدا قد يكون علي الضد في مجالات أخرى .

والواجب علي المعالج النفسي أن يكون " من ذوي اهتمام بالبشر من النواحي الشخصية أكثر من اهتمامهم بالنواحي اللاشخصية ويتضح ذلك من عرض ايسيابرلين حيث يقول " أن فهم أفعال ودوافع الآخرين ، مهما كان ناقصا أو قابلا للتصحيح ، هو حالة عقلية أو حالة من النشاط تختلف من حيث المبدأ عن أن نعرف أو نتعلم شيئا عن العالم الخارجي"

سمات الأخصائي النفسي الإكلينيكي

أصدرت لجنة التدريب الإكلينيكي في جمعية علم النفس الأمريكية السمات التالية للأخصائي الإكلينيكي .

١ ـ القدرة العلمية والأكاديمية الممتازة
٢ ـ الأصالة وسعة الحيلة
٣ ـ حب الاستطلاع
٤ ـ الاهتمام بالأشخاص كأفراد
٥ ـ الاستبصار
٦ ـ الحساسية لتعقيدات الدوافع
٧ ـ التحمل والصبر
٨ ـ المثابرة
٩ ـ القدرة علي تكوين علاقات طيبة مؤثرة مع الآخرين
١٠ ـ المسئولية
١١ ـ اللباقة والمرونة
١٢ ـ القدرة علي ضبط النفس
١٣ ـ الإحساس بالقيم الأخلاقية والمثل العليا
١٤ ـ الاطلاع الثقافي الواسع
١٥ـ الاهتمام بعلم النفس عامة وعلم النفس الإكلينيكي خاصة .

قائمة كارل روجرز لسمات الأخصائي النفسي الإكلينيكي

أشار كارل روجرز صاحب الأسلوب العلاجي في العلاج المتمركز حول العميل إلى قائمة تتوافر عند الأخصائي في الإرشاد النفسي .

١ ـ أن يكون الأخصائي شديد الحساسية للعلاقات الاجتماعية
٢ ـ أن يتصف بالروح الموضوعية والاتجاه الانفعالي غير المتحيز .
٣ ـ أن يكون لدية احترام لكل إنسان . وأن يقبله علي ما هو عليه من علل ، وأن يترك له الحرية ليجرب ما يراه من حلول .
٤ ـ أن يعرف نفسه ودوافعه وأن يدرك قصوره وعجزه الانفعالي.
٥ ـ أن تكون لدية القدرة علي فهم السلوك الإنساني .

كما أوردت اللجنة الخاصة لعلم النفس الإكلينيكي في جمعية علم النفس الأمريكية السمات التي يجب توافرها لدي الأخصائي النفسي ونعرض أبرزها :

١ ـ الرغبة في معاونة الآخرين ومساعدتهم ، دون محاولة لفرض سيطرته عليهم واحترام حرية الآخرين .
٢ ـ أن يتمتع الأخصائي النفسي بقدر عال من الاستبصار Insight لدوافعه ومشاعره ورغباته وحاجاته حتى لا تعرقل رغباته الذاتية الحياد في عملة
٣ ـ أن يتمتع بصفة التسامح واحترام وجهات نظر الآخرين .
٤ ـ أن يتمتع بمستوي عال من الضبط الانفعالي والذاتي لأن تكامل الشخصية والإتزان من العناصر الضرورية التي توحي بالثقة وأن يكون مخلصا أمينا محافظا علي وعودة ، مستخدما كافة مهاراته ومعلوماته لمصلحة المريض .
٥ ـ أن يكون علي مستوي أكاديمي عالي ومستوي لائق من الذكاء الاجتماعي . (محمود الزيادى ١٩٦٩)

ثانيا .إعداد الأخصائي النفسي الإكلينيكي

تعمل الدول المتقدمة علي إكساب الأفراد الصحة النفسية والتوافق في الحياة وهذا لن يتأتى إلا بوجود متخصصين في هذا المجال فلذلك تعد هذه الدول الأخصائي الإكلينيكي إعداد مكثفا في الجانبين النظري والتطبيقي حتى يكون علي دراية كاملة بما يعمله .

كما نجد أن العالم ريتشاردز ١٩٤٦ (Richards1946.) حدد أنواع الدراسات التي يحتاجها الأخصائي الإكلينيكي في اعداده لثلاثة أنواع أساسية.

١ ـ الدراسة الأساسية العامة .
٢ ـ الدراسة الفنية ـ التكنيكية للمهارات
٣ ـ التطبيقات الإكلينيكية .

كما انتهت مجموعة عمل هيئة الصحة العالمية الي أن أسلوب التدريب داخل نطاق العمل ، لم يعد يمثل الإعداد الملائم وأن الأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين في مختلف البلاد ينبغي أن يتلقوا تدريبا مهنيا سليما . يمكن أن يقدم في شكل مقررات لدراسة عليا لاحقة للدرجة الجامعية الأولى في علم النفس العام علي أن يكون برنامج هذه الدراسة مرنا وانتقائيا ، وأن يكون المضمون والاتجاه مؤسسين علي المعرفة النظرية

وعلي الخبرة العملية المتصلة بمشكلات البلد الذي يعمل فيه الأخصـــائي ، والمرحلة التي يبلغها المجتمع في التنمية .

ويكون المنهج الدراسي مشتملا علي تدريس التقديـــر الســيكولوجي لجانب رئيسي في البرنامج وبالإضافة الي ذلك ينبغـــي أن تعلـم أســاليب علاجية كالعلاج النفسي والعلاج الجماعي وأساليب الإرشاد النفسي والعلاج الفردي والعلاج الأسرى وكافة أنواع العلاجات النفسية .

ثالثا ـ واجبات الأخصائي النفسي ومسئولياته

يوجد تنوع ملحوظ في وظـــائف ومســئوليات الأخصــائي النفســي الإكلينيكي داخل مؤسسات الصحة النفسية في بلدان أوربا يجعل من الصعب جدا تحديد دوره بدقة ، وتكاد تكون السمة العامة الغالبة علي عمله في هذا المجال هي التقدير الشخصي .

إلا أن التطور الحادث في مجال علم النفس الإكلينيكي لم يكن يقصـــر دور الأخصائي النفسي علي التشخيص فقط بل يتطلب أيضا العلاج والبحث.

مجالات العمل الإكلينيكي

١ ـ العمل في العيادات النفسية أو المستشفيات الخاصة بالأمراض النفسية أو العقلية ويقوم فيها بالتشخيص أو العلاج أو بهما معا ، كما يشرف علي البحوث الإكلينيكية

٢ ـ العمل في المؤسسات الإصلاحية كمؤسســـات الأحـــداث والمنحرفيـــن ويقوم فيها بدراسة الحالات ، وتقديم الافتراضـــات الخاصـــة بتلـــك الحالات.

٣ـ العمل في ميـــادين الخدمـــة الاجتماعيـــة ، والإســـكان ، والتعمـــير ، والصناعة ، والشركات ، ووسائل الإعلام ، ومكاتب العلاقات العامـــة ومؤسسات التأمين ومكاتب التدريب والتوجيـــه المعنـــوي للقـــوات المسلحة .

٤ ـ العمل في مجالات التوجيه المهني والتربوي والنفسي في المؤسســـات التعليمية والجامعية علي اختلاف مراحلها . ويساعد التلاميذ والطلبـــة علي الاختيار السديد للدراسات التي تلائم إمكانياتهم ويقوم بدراســـة مشاكلهم وإيجاد الحلول لها .

وقد صنف شاكو Shakow واجبات الأخصائي النفسي الإكلينيكي بواجبات أربعة :

أولا : اهتمام السيكولوجي الإكلينيكي بالاتجاه الدينامي في دراسة الشخصية ويتطلب معرفة كافية بالطب النفسي وعلم النفس الإكلينيكي والتحليل النفسي .

ثانيا: اهتمام السيكولوجي الإكلينيكي باستخدام الاختبارات النفسية والعقلية للكشف عن بناء الشخصية وتركيبها وقدراتها وميولها واهتماماتها وقيمها .

ثالثا : مساعدة أو الحصول علي مساعدة المريض نفسيا أو سلوكيا في مرحلة التشخيص أو في مرحلة تقديم العلاج اللازم .

رابعا : يرجع شاكو هذه الناحية إلى الاتجاه التجريبي للأخصائي النفسي الإكلينيكي بحيث يحاول الوقوف علي الخصائص النفسية وسمات شخصية الفرد والديناميات المختلفة التي تنتظم فيها شخصيته .

يضيف (عطية محمود هنا ١٩٧٦) سبعة واجبات رئيسية للأخصائي النفسي الإكلينيكي .

١ ـ تطبيق الاختبارات وتصحيحها وتفسير نتائجها .

٢ ـ المقابلة لجمع المعلومات عن الأفراد لوضع تقارير نفسية عنهم .

٣ ـ المقابلة للتوجيه والإرشاد النفسي .

٤ ـ وضع التقارير الخاصة بالأفراد

٥ ـ الاشتراك مع باقي الفريق العلاجي في وضع الخطط وتنفيذها.

٦ ـ مقابلة من يتصل بالحالات كأسر المرضى أو بقية الأخصائيين ممن يعانون في تقديم المساعدة .

٧ ـ القيام بالبحوث المختلفة .

وقد أقرت هيئه الصحة العالمية دور الأخصائي النفسي الإكلينيكي في مؤسسات الصحة النفسية فقد كان متجها إلى تأكيد أهميه إنتاج منحى مرن في أداء الدور وقد حددت بعض الأدوار للأخصائي الإكلينيكى منها :

١ ـ دور الأخصائي النفسي الإكلينيكي بالنسبة لاحتياجات المجتمع

يحتاج أي مجتمع إلى أن تقوم له خدمات معينه ، ولكن الأخصائي النفسي الإكلينيكي يلزمه أن يحاول اكتشاف وتحديد الاحتياجات التي لم يتوصل هذا المجتمع نفسه إلى معرفتها بعد .

وبالتالي مطلوب إجراء بحوث كثيرة من تـــأثير العوامـل النفسـية الاجتماعية على الصحة عموماً .

٢ ـ دور الأخصائي النفسي الإكلينيكي في تقدير المرضى

تؤكد مجموعه العمل أنه لا ينبغي أن ينظر إلى علم النفس الاكلينيكي بوصفه مجرد مساعدة تقدم إلى الطبيب النفسي المسئول عـن التشـخيص النهائي ، وإنما على أنه خدمه للمريض . وقد اعترفت مجموعـه العمـل بدور الأخصائي النفسي الإكلينيكي في تقدير المرضى .

٣ ـ دور الأخصائي النفسي الإكلينيكي في العمل الوقائي

نذكر دور الأخصائي النفسي الإكلينيكي على مهمة تحسين نوعيـة الحياة بتعديل الظروف في المؤسسات الاجتماعية بالطريقة التـي تصبـح معها الإصابات الاجتماعية والنفسية أقل ما تكون كما يقوم بالكشـف عـن المجموعات البشرية المعرضة للمرض النفسي والبحث عن الأسر والأفـراد المحتاجين إلى العون .

كما يعتبر الأخصائي النفسي الاكلنيكي موجهاً طبيـاً فـي المجتمـع ويتناول المشاكل ذات الخلفية السيكولوجية ،كتعاطي المخدرات ،والأمـراض التناسلية والجناح والتخلف العقلي .

٤ـ دور الأخصائي النفسي الإكلينيكي في العلاج

للأخصائي الإكلينيكي دور مهم وحيوي في العـلاج النفسـي حيـث يستخدم الأخصائي الإكلينيكي العلاج النفسـي والعـلاج النفسـي الحـالي ويستخدم المناهج الدينامية ، و بأهمية تعديل الشخصية ولزيادة المعرفـة بمواصفات ودور الأخصائي النفسي الإكلينيكي فقـد عرفـه (قـاموس الألقاب المهنية) .

"الأخصائي الإكلينيكي (٢٠ -٣٦ ٠٠) يشخص اضطرابات الأفـراد العقلية والإنفعالية والسجون و المؤسسات الأخرى ويقوم بتنفيـذ برامـج العلاج ، ويقـوم بمقابلـة المرضـى ، ويـدرس تـاريخ الحالـة الطبـي والاجتماعي. ويلاحظ المرضى أثناء اللعب أو المواقـف الأخـرى ويطبـق الاختبارات الإسقاطية والنفسية الأخـرى ويطبقـها ويفسـرها ليشـخص الاضطراب ، ويضع خطة العلاج ويعالج الاضطرابـات النفسـية لإحداث التوافق باستخدام أفضل أنواع العلاج المختلفة : مثل علاج البيئة والعـلاج باللعب ، السيكودراما وغيرها ، ويختارالأسلوب الذي يستخدم في العـلاج الفردي مثل العلاج الموجه والعلاج غير الموجه والعلاج المساند ويخطـط

عدد مرات العلاج أسبوعيا وعمقه و مدته وقد يتعاون مع تخصصات مهمة أخرى منها الأطباء الأخصائيون في الطب مثل أطباء الأمراض العقلية "الأمراض النفسية " وأطباء الأطفال وأطباء الأعصاب والأطباء الباطنيون وغيرهم ، كالأخصائيين الاجتماعين والسيكاترين والمساعدين لتطوير برامج علاج المرضى التي تعتمد على تحليل البيانات الإكلينيكية ،وقد يدرب الطلبة الإكلينيكيين الذين يؤدون فترات الامتياز والنيابة في المستشفيات والعيادات، وقد يطور التصميمات التجريبية بالبحوث في ميدان تطور الشخصية ونموها والتوافق وفي مشكلات التشخيص والعلاج والوقاية من الأمراض العقلية وقد يخدم كمستشار في المؤسسات الاجتماعية والتربوية والترفيهية والمؤسسات الأخرى وذلك بالنسبة لحالات الأفراد أو التقويم أو التخطيط أو تطوير برامج الصحة النفسية وقد يستخدم مهاراته في التدريس والبحث والاستشارة التي تتضمنها مستويات أعلي من الخدمة المهنية قد يتخصص في واحدة مما يأتي :

مشكلات السلوك ـ الجريمة والجناح ـ العلاج الجماعي ـ التشخيص والعلاج الفردي ـ الضعف أو التخلف العقلي ـ الاختبارات الموضوعية الأساليب الإسقاطية ، أمراض الكلام .

رابعا ـ أدوات الأخصائي النفسي الإكلينيكي

لكي يؤدي الأخصائي الإكلينيكي مهمته علي أكمل وجه فلابد له من أدوات يستخدمها بالإضافة إلى المهارة الشخصية للأخصائي في الكشف والتشخيص والعلاج للمشكلة التي هو بصددها .

وتوجد أدوات علمية يستخدمها الأخصائي الإكلينيكي في عمله وهي :

١ ـ المقابلة الإكلينيكية Clinical interview

٢ ـ دراسة الحالة Case study

٣ ـ الاختبارات النفسية Psychometrics Tests

ترى بعض الاتجاهات أن التطور الحادث في الاختبارات النفسية هو الطريق الذي يساعد في التشخيص ولكن لا نستطيع أن نحدد أن الاختبارات وحدها هي التي تساعد علي التشخيص بل هناك أمور عديدة منها ، مهارة الأخصائي ، والحس الإكلينيكي للأخصائي ، خبره الأخصائي في الميدان الذي يعمل فيه ، كذلك التطابق بين نتائج الاختبارات وبين ما جمعه من معلومات أثناء المقابلة وتاريخ الحالة .

وبالتالي نستطيع القول أن الأخصائي الإكلينيكي يجب أن يسلح بهذه الأدوات ولكن يبقي الخبرة الدينامية التي يستطيع بها أن يلقي نظرة شاملة علي المشكلة المراد بحثها .

خامسا ـ المتطلبات الأخلاقية للعمل الإكلينيكي

فيما يلي بعض المبادئ الأخلاقية التي ترتبط بميدان الممارسة الإكلينيكية :

المبدأ الأول : التمسك بالمعايير الأخلاقية والقانونية

أن يضع الأخصائي النفسي في الاعتبار أن قيامه بالخرق للمعايير الاجتماعية والأخلاقية والقانونية السائدة قد يترك آثاره السيئة علي مرضاه، وطلابه وزملاء مهنته .

المبدأ الثاني : التصريحات العامة

التحلي بالتواضع والحذر العلمي ، والوعي الواضح بحدود المعرفة العلمية المتاحة وذلك في كل التصريحات التي تصدر عن الأخصائي النفسي عندما يطلب منه ـ مباشرة أو غير مباشرة ـ الإدلاء بمعلومات معينة للجمهور .

المبدأ الثالث : السرية

حماية أي معلومات قد حصل عليها من فرد معين بطريق التعليم، أو الممارسة أو البحوث مطلب والتزام أخلاقي أساسي علي الأخصائي النفسي العمل به .

المبدأ الرابع : الصالح العام للمريض " الحالة "

يحترم الأخصائي النفسي تكامل الشخص أو الجماعة التي يعمل معها ويحمي مصالحها ما أمكن .

المبدأ الخامس : الإعلان عن الخدمات

علي الأخصائي النفسي أن يتمسك بالمعايير المهنية ، وليس بالمعايير الدعائية أو التجارية عند محاولته التعريف بخدماته .

المبدأ السادس : تفسير الاختبارات والمقاييس

لا يجعل الدرجات التي يحصل عليها المريض متاحة إلا للأشخاص المدربين علي تفسيرها أو الذين يستخدمونها بطريقة لائقة .

المبدأ السابع : الحيطة عند ممارسة البحث العلمي . (عبد الستار ابراهيم ١٩٩٨)

وفقا للتنظيمات الحديثة في ميدان الخدمات الطبية النفسية في المجتمع الأوربي والأمريكي نشأت فكرة الفريق العلاجي داخل المؤسسات العلاجية ، وخارجها من خلال التعاون بين الفئات التالية والتي من ضمنها الأخصائي النفسي وسوف نعرف كل هذه التخصصات حتى يستطيع الأخصائي النفسي أخذ مكانه المنوط به داخل هذا الفريق : ـ

سادسا ـ الطاقم الإكلينيكي (الفريق العلاجي)

يتكون من : ـ

١ ـ استشاري الطب النفسي

وهو الطبيب الحاصل علي بكالوريوس في الطب والجراحة وتدرب لمدة لا تقل عن عامين كطبيب نفسي مقيم بمؤسسة علاج نفسي ثم حصل علي درجة الماجستير والدكتوراه في الطب النفسي مع خبره تؤهله للعمل كاستشاري في ميدان الطب النفسي لا تقل عن ثلاث سنوات بعد حصوله علي الدكتوراه أو الزمالة البريطانية أو البورد الأمريكي في الطب النفسي. ويقوم بمهام الإدارة الطبية للمؤسسات العلاجية أو لاحد أقسامها والإشراف علي الجوانب الطبية في المؤسسة والاشتراك مع الهيئة العلاجية في وضع الخطة العلاجية الرئيسية للمؤسسة والإشراف علي تنفيذها وإجراء البحوث المتعلقة بتطوير البرنامج العلاجي والإشراف علي التقارير الطبية الصادرة والتعامل الفني مع المؤسسات العلاجية الأخرى مع قيامه بوضع الخطط التدريبية للطاقم الطبي .

٢ ـ أخصائي الطب النفسي

وهو الحاصل علي بكالوريوس في الطب والجراحة وماجستير أو ما يعادله في الطب النفسي إذ تعترف بعض المؤسسات العلاجية بالدبلومات في ميدان الطب النفسي فضلا عن قضائه مده لا تقل عن ثلاث سنوات خبرة بعد الماجستير وهو عضو في الفريق العلاجي ويقوم بمهمة الإشراف الطبي المباشر علي الحالات المعروضة ويشرف علي تنفيذ البرنامج العلاجي السيكياتري في قسمه كما يتولى تدريب الأطباء النفسيين المقيمين وغيرهم من الأخصائيين في التخصصات النفسية الأخرى .

٣ ــ الطبيب النفسي المقيم

وهو الطبيب المعالج الذي يشرف علي عدد محدد من المرضي ويصل مباشرة بالممرض النفسي ، ويقع علي كاهله تنفيذ كل التوصيات العلاجية المقترحة من استشاري وأخصائي الطب النفسي والفريق العلاجي.

٤ ــ استشاري الصحة النفسية

وهو الحاصل علي درجة البكالوريوس أو الليسانس في علم النفس مع حصوله علي درجتي الماجستير والدكتوراه في علم النفس الإكلينيكي مع خبرة في ميدان العمل النفسي لا تقل عن ثلاث سنوات . ويقوم بمهمة إدارة أقسام الصحة النفسية ووضع الخطط للقياس النفسي والعلاج النفسي وتدريب الطاقم الإكلينيكي علي مهارات القياس النفسي والعلاج النفسي وابتكار أساليب للقياس النفسي ، والمشاركة في وضع البرنامج العلاجي العام وحضور اجتماعات مجلس إدارة المؤسسة ، وعمل البحوث والدراسات في ميدان تخصصه التي تفيد البرنامج العلاجي والمشاركة في وضع خطط العلاج النفسي الفردي والجمعي وتقييم الأعمال النفسية في المؤسسة العلاجية وانتقاله إلى المؤسسات العامة لأعمال الوقاية والتوعية النفسية .

٥ ــ الأخصائي النفسي

وهو الحاصل علي درجة الماجستير في علم النفس الإكلينيكي بعد حصوله علي درجة البكالوريوس أو الليسانس في علم النفس مع خبره لا تقل عن ثلاث سنوات في ميدان القياس والعلاج النفسي ، ويقوم بمهمة القياس النفسي للمساعدة علي التشخيص الدقيق وتحديد خطة علاجية خاصة بكل مريض (علاج فردي) والمشاركة والمساعدة لقائد الجماعة العلاجية والمشاركة في القرارات الإكلينيكية وحضور اجتماعات الفريق العلاجي لوضع أنسب الخطط العلاجية بإشراف الاستشاري للصحة النفسية الذي يعمل معه .

٦ ــ الباحث النفسي

وهو الحاصل علي الليسانس في علم النفس أو دبلومة في علم النفس الإكلينيكي مع خبرة ثلاث سنوات تدريبية في إحدى المؤسسات

العلاجية ويقوم بعمل المقابلات الأولية والتشخيص المبدئي للحالة ومساعدة الأخصائي النفسي في تطبيق المقاييس ومشاركته في العلاج الجمعي والاتصال بالطبيب المعالج والتعاون مع أقسام التأهيل في إطار الإشراف علي الخطط التأهيلية للمرضي .

٧ ـ كبير الأخصائيين الاجتماعيين

وهو الحاصل علي درجة الدكتوراه أو الماجستير في الخدمة الاجتماعية الطبية ، ويقوم بإدارة قسم الخدمة الاجتماعية الطبية والمشاركة في الفريق العلاجي الرئيسي وتنظيم العمل الاجتماعي داخل المؤسسة وخارجها ، والقيام بأنشطة الإرشاد والعلاج الأسري ، ووضع البرامج الترفيهية للمرضي مثل الرحلات والحفلات ، والتعامل مع المشكلات الاجتماعية ودعوة الأسر لمساندة البرنامج العلاجي وتنظيمه للندوات لأفراد المجتمع العام ، والإشراف علي زيارات اسر المرضي لمرضاهم والقيام بالبحوث في ميدان الخدمة الاجتماعية وفي الوسط الاجتماعي المحيط بالمؤسسة وإشرافه علي أعمال الأخصائيين الاجتماعيين والباحثين الاجتماعيين ووضع الخطط التدريبية لهم والإشراف عليها مع حضوره لاجتماعات مجلس إدارة المؤسسة

٨ ـ الأخصائي الاجتماعي

وهو الحاصل علي درجة الماجستير في الخدمة الاجتماعية مع خبره لا تقل عن ثلاث سنوات في الميدان ، ويقوم بعمل التقييم الاجتماعي الشامل للمريض والاتصال بأسر المرضي والكشف عن المشكلات الاجتماعية للمريض وأسرته والعمل علي حلها والمشاركة في اجتماعات الفريق العلاجي والقرارات العلاجية المتعلقة بالتقدم العلاجي للمريض ، والإشراف علي الزيارات الخاصة بمرضاه وتطبيق البرنامج العلاجي الاجتماعي في القسم الذي يعمل به والتعاون مع الفريق العلاجي في الاتصال بأسرة المريض وأخذ البيانات الكافية عن الحالة وتنفيذ البرامج الترفيهية للمرضي والقيام بتدريب الباحثين الاجتماعيين والإشراف علي أعمالهم ومساعدة كبير الأخصائيين في أعمال التوعية الصحية بالمؤسسات الأخرى والمجتمع العام

٩ـ الباحث الاجتماعي

وهو الحاصل علي درجة البكالوريوس أو الليسانس في الخدمة الاجتماعية مع خدمة تدريبية لثلاث سنوات علي الأقل ويقوم بأنشطة خدمة الفرد وخدمة الجماعة وتنظيم الاجتماعات المقررة ، والتنسيق مع الباحث النفسي والطبيب النفسي لتنفيذ الخطة العلاجية المقررة للمرضي مع انتقاله للخارج بعمل الزيارات المنزلية لأسر المرضي ونقل التوصيات العلاجية لهم ومراقبة الأنشطة التأهيلية للمرضي في الأقسام المساندة .

١٠ ـ التمريض النفسي

ويشتمل علي : ـ

أ ـ مدير التمريض :

وينبغي أن يكون حاصلا علي درجة الدكتوراه أو الماجستير في التمريض النفسي مع خبرة لا تقل عن خمس سنوات في ميدان الطب النفسي ويقوم بالإشراف علي أعمال التمريض وتنفيذ الخطة العلاجية التدريبية لطاقم التمريض والإشراف عليها والمشاركة في الدراسات والأبحاث الخاصة بتطوير نظم التمريض داخل المؤسسة والتعاون مع أقسام مكافحة العدوى والتغذية والجودة والنوعية وأقسام السجلات الطبية والتعامل المباشر مع المدير الطبي وحضور اجتماعات مجلس إدارة المؤسسة .

ب ـ رئيس التمريض :

وهو الحاصل علي الماجستير في التمريض النفسي مع خبره ثلاث سنوات علي الأقل ويقوم بالإشراف الإداري علي طاقم التمريض في القسم الخاص به وتوزيع الأدوار علي كل ممرض وفقا لتخصصه وإمكانياته ومتابعة تنفيذ البرنامج العلاجي للمرضى ووضع الخطة التمريضية للمريض

جـ ـ الممرض النفسي :

وهو الحاصل علي دبلوم التمريض الفني مع خبرة خمس سنوات أو حاصل علي بكالوريوس التمريض مع خبره تدريبية لا تقل عن عامين في ميدان التمريض النفسي وهو من أهم العاملين في الميدان ، إذ يقوم برعاية كل أحوال المريض ويلاحظ العدد المكلف به ويدون ملاحظاته النفسية علي سلوك المريض ومدى تقدمه العلاجي وعرض شكاوى المريض البدنية والنفسية والاجتماعية على أعضاء الفريق العلاجي .

بهذا يكتمل الفريق العلاجي الأساسي ويوجد الفريق العلاجي المساند أو أقسام التأهيل ويتكون من :

١ ـ استشاري التأهيل النفسي

وهو الحاصل علي الدكتوراه في التأهيل النفسي ويرأس أقسام العلاج بالعمل والعلاج الطبيعي والتربية البدنية ـ ويشرف علي تنفيذ البرنامج التأهيلي للمرضى .

٢ ـ أخصائي العلاج الطبيعي

ويقوم بعلاج الإصابات الناتجة عن قصور حركة المرضى والإشراف علي العلاج بالماء والاسترخاء والعلاج بالإبر الصينية .

٣ ـ أخصائي العلاج بالعمل

وهو المتخصص في التأهيل والحاصل علي درجة الماجستير في العلاج بالعمل ووضع خطة علاجية للمريض ، سواء بالعمل الزراعي أو الفني (رسم ـ أشغال يدوية ... الخ) أو أعمال النجارة الخفيفة والديكور.

٤ ـ أخصائي التدريبات الرياضية

وهو من الحاصلين علي البكالوريوس في التربية البدنية ويقوم بالإشراف وتنفيذ البرامج الرياضية المقترحة لأهمية الأنشطة الرياضية في تحسين مستوي الصحة النفسية .

٥ ـ أخصائي توعية صحية

وهذا التخصص من التخصصات الجديدة التي تتعامل مع المرضى علي نحو يجعلهم يتقبلون الإقامة بالمؤسسة العلاجية وتوعيتهم بأهمية اتباع الإرشادات العلاجية وإشراك المرضي في وضع أنسب الأساليب التي تجعلهم يشعرون بالراحة داخل المؤسسة والحفاظ علي السلامة البدنية وعمل علاقات مع أسر المرضي والمجتمع العام لنشر التوعية الصحية وأهمية الاكتشاف المبكر للاضطرابات النفسية والعمل علي علاجها سريعا.

ويعمل هذا الفريق من خلال هيكل تنظيمي محكم لتجنب تداخل الأدوار، ورسم السياسة العلاجية للمؤسسة بحيث يتضح دور كل عضو حتى لا يحدث انقسام داخل الفريق .

إلا أنه ينبغي التأكيد علي أهمية الدور الذي يقوم به الأخصائي النفسي في مثل هذه المؤسسات والتى يتطلب تدريبا مكثفا ومعرفة واسعة بالمرض النفسي وبمفاهيم الطب وأساليب العلاج المختلفة والتي لا ينبغي عليه أن يمارسها ولكنه لا بد أن يكون علي دراية بما يقوم به الآخرون حتى لا تختلط الأدوار ، كما لا يستطيع أحد أن ينسب التطور العلاجي أو عدمه إلى نفسه بل تكون مسئولية الفريق مسئولية مشتركة، ويشيع الانقسام والتوقيع والتشطير داخل مؤسسات العلاج النفسي نظرا لعدم تعرف كل عضو علي دوره فيجد بعض المرضي أو حتى أعضاء الفريق الفرصة لتمزيق الفريق والانشغال بالصراعات الجانبية علي حساب البرنامج العلاجي ، ونقص المعرفة والمهارات والتدريب في الغالب ما يسبب هذا الانقسام وتشغل إدارة المؤسسة بحل مشكلات الفريق العلاجي أكثر من اهتمامها بمشكلات المرضى . (عبد الستار ابراهيم ، وعبد الله عسكر ١٩٩٨) .

الفصل الرابع
المقابلة الإكلينيكية

أولا ـ تعريفها

ثانيا ـ أهميتها

ثالثا ـ أهدافها

رابعا ـ أنواع المقابلة

خامسا ـ إجراء المقابلة

سادسا ـ الأسس التي تقوم عليها المقابلة

سابعا ـ مبادئ المقابلة

ثامنا ـ مضمون ومحتوى المقابلة

تاسعا ـ ملاحظات الاخصائي النفسي حول المقابلة

الفصل الرابع

المقابلة الإكلينيكية

أولا : تعريفها

المقابلة هي علاقة مهنية دينامية وجها لوجه بين المريض والمعالج وتتم في جو نفسي آمن يسوده الثقة المتبادلة بين الطرفين بهدف جمع المعلومات من أجل حل مشكلة ما . بمعنى آخر إنها علاقة فنية حساسة يتم فيها تفاعل اجتماعي هادف وتبادل معلومات وخبرات ومشاعر واتجاهات ويتم خلالها التساؤل عن كل شيء فهي نشاط مهني هادف وليست محادثة عادية .

يعرف العالم (آلين روس ١٩٦٤) المقابلة بأنها عبارة عن علاقة دينامية تبادل لفظي بين شخصين أو أكثر ؛ والشخص الأول هو أخصائي التوجيه والإرشاد ثم الشخص أو الأشخاص الذين يحاولون الحصول على حل للمشكلة التي يعانون منها .

أما ببجهام ، ومور ، وجستا (Bingham,Moore,Gusted 1959.)

فيرون أن المقابلة هي محادثة موجهة " لغرض محدد " غير الإشباع الذي يتم عن المحادثة نفسها .

ويري العالم لانديز(Landis 1940.) أن المقابلة أداة أساسية في البحوث النفسية والاجتماعية وبدونها لا يتمكن الباحث من الوصول إلى بيانات ذات طبيعة دينامية وقد استخدمها هو والعالم كنزي) (Kinsy 1953 في دراسات عن السلوك الجنسي والنمو الجنسي النفسي بين الذكور والإناث .

بالتالي تكون المقابلة هي الوسيلة الأولى الأساسية في العملية العلاجية والإرشادية وهي وسيلة لجمع المعلومات ويستخدمها الأطباء والأخصائيون وعلماء الانثربولوجيا والاجتماع والخدمة الاجتماعية ونركز هنا علي المقابلة الإكلينيكية حتى نستطيع أن نوجز فائدتها وأهميتها بالنسبة للأخصائي النفسي الإكلينيكي وتتطلب المقابلة أن يكون الأخصائي أمينا مع نفسه واعيا بمشاعره ودوافعه وعلي بصيرة تامة باستجاباته وسلوكه

وقد أكد كل من (هاملتون ١٩٥١) وكارل روجرز أن المقابلة يجب أن تنبني علي ثقة متبادلة بين الأخصائي والمريض ويسودها روح الصدق والامانة .

وبالتالي تكون المقابلة هي الطريقة للحصول علي معلومات عن الفرد بالقدر الذي يعتمدون فيه عليها .

ثانيا - أهمية المقابلة

تعتبر مهمة الأخصائي الذي يقوم بالمقابلة هي العمل علـــي كشــف الدفاعات أو ميكانيزمات الدفاع بدون الإخلال بنظام الشخصية .

وتعتمد أهمية المقابلة على خبرة الإكلينيكي ومهارته أكثر من اعتماد أي إجراء تقويمي آخر عليهما .

وتأتي أهمية المقابلة علي كسب ثقة المريض وجعله يشعر بالارتيـاح وتقليل دفاعه أو خوفه من النقد بحيث يتحدث عن مشكلاته بأكبر قدر ممكن من الصراحة وكذلك القدرة علي ملاحظة وتقويم جميـــع أســاليب ســلوك المريض .

وتكون أهمية المقابلة في أنها في جوهرها عملية إتاحـــة الفرصـــة للتعبير الحر عن الآراء والأفكار والمعلومات .

وللمقابلة أهمية تنحصر في الأتي :

١ ـ الحصول علي معلومات لا يمكن الحصول عليها عن طريق الوســائل الأخرى مثل التعرف علي الأفكار والمشاعر والآمال وبعض الخصائص الشخصية مما ينتج فهما أفضل للمريض ومشكلاته .

٢ ـ إتاحة فرصة تكوين جو من الألفـــة والتجـاوب والاحــترام والثقـــة المتبادلة بين المرشد والمريض ، وتكوين علاقة إرشادية ناجحة .

٣ ـ إتاحة الفرصة أمام المريض للتفكير بصوت عال في حضور مســتمع جيد مما يمكنه من التعبير عن نفسه وعن مشكلته .

٤ ـ إتاحة الفرصة للاستبصار والحكم علي الأحكام الذاتية التي يصدرها أو يكونها كل من المعالج والمريض عن نفسه .

٥ ـ إتاحة فرصة التنفيس الانفعالي وتبادل الآراء والمشاعر في جو نفسي آمن .

٦ ـ تنمية المسئولية الشخصية للمريض في العملية العلاجية .

ثالثا - أهداف المقابلة

توجد أهداف عديدة للمقابلة وتختلف الأهداف باختلاف المراحل التـي تمر بها عملية المقابلة .

فالمقابلة الأولى يكون هدفها جمع المعلومات وإيجاد عملية الثقة بين المريض والمعالج . وكذلك الكشف المبدئي وتخطيط لما سيتم عمله في المقابلات المقبلة .

وفي المقابلة التي تتم بين المرشد والأباء وصفت (آلين أوربـاش) (Aline Auerback 1959.) هدف المقابلة وقالت .

" إن الأباء يريدون من المقابلة مع المرشد معلومات عملية وجديدة ودقيقة يتوقعونها في لغة مبسطة يستطيعون فهمها . ويريدون معرفة كل شيء عن الجوانب الانفعالية للحالة وطريقة التأثير في شخصية الطفل وسلوكه إن الآباء يريدون أن يعرفوا عند مقابلة الأخصائي كيف يتصرفون حيال أبنائهم في الوقت الحاضر ، وما الذي يتوقعونه منه في المستقبل " .

وتأتي أهداف المقابلة فيما بعد بناء الثقة وجمع المعلومات ومقابلة من هم ذوو الاختصاص في الحالة يأتي هدف المقابلة وهو التشخيص الذي يهدف إليه الأخصائي . فليس التشخيص هو الغاية المنشودة ولكن بداية المسئولية ممتدة يضطلع بها الأخصائي .

ويعقب عملية التشخيص ، توضيح الموقف والتخطيط لمراحل العلاج والمعاونة في حل المشكلات والصعوبات التي تواجه العملية العلاجية وهذه المرحلة قد تمتد إلي فترة غير محددة وقد يضطلع بها نفس الأخصائي أو أخصائي غيره لاستكمال الرحلة .

ويأتي هدف المقابلة أيضا فى الكشف عن ديناميات سلوك المريض حتى نستطيع أن نكتشف ونفهم العوامل السيكولوجية التي أدت إلي صورته الحالية وقد يؤدي ذلك إلي فهم أعمق للمريض .

رابعا ــ أنواع المقابلة

توجد أنواع عديدة للمقابلة يحدد كل نوع بناءً علي الهدف المنشود من المقابلة وتقسم المقابلة إلي أنواع عديدة نلخصها فيما يلي :

١ ــ المقابلة المبدئية

وتكون أول مقابلة مع المريض وفيها يتم التمهيد للمقابلات اللاحقة ويتم تحديد إمكانات المعالج وما يتوقعه المعالج والمريض لكل من الأخر ويقوم فيها المعالج بالتعريف بالنواحي العلاجية كما يتم فيها الإلمام بتاريخ الحالة بصورة مبدئية .

٢ ــ المقابلة القصيرة

وتعتبر هذه المقابلة محددة بمدة قصيرة لكون المشكلة التي تبحثها طارئة وسهلة وواضحة أو قد تكون مقدمة لمقابلات أخري أطول . وتكون كافية خاصة في الحالات التي يستطيع المريض أن يحل مشكلاته بنفسه.

أما إذا كانت قصيرة بسبب ضيق وقت المعالج فيكون ضررها أكثر من نفعها . إذ إنها تفتقر إلي التفاعل والعلاقة الكافية بين المريض والمعالج ويسودها الضغط والسطحية وعدم التعمق المطلوب .

٣ ــ المقابلة الفردية

وتتم بين المعالج وبين مريض واحد فقط إما بهدف إجراء جلسات فردية أو لعمل خطة علاجية فردية أو لتطبيق اختبار فردي علي المريض.

٤ ــ المقابلة الجماعية

وتتم مع جماعة من المرضى ويحدث ذلك مع من يعانون من مشكلات مشتركة فيما بينهم .

٥ ــ المقابلة المقننة

وهي التي تكون مقيدة بأسئلة معينة محددة سلفا يجيب عنها المريض وموضوعات محددة مسبقاً يتحدث فيها ، ومزاياها ضمان الحصول علي المعلومات الضرورية المطلوبة وتوفير الجدية في الحصول علي المعلومات.

٦ ــ المقابلة الطليقة " الحرة "

وتكون غير مقيدة بأسئلة ولا موضوعات ولا تعليمات محددة ، بل تكون حرة ومرنة حيث تترك الحرية للمريض لعملية تداعي أفكاره تداعيا حرا ويعرضها بطريقته الخاصة . بل يؤخذ في الاعتبار أن كل ما يقوله المريض له أهمية لأنه يعبر عن وجهة نظرة . من مزاياها أنها تسير بطريقة تلقائية وتتطلب خبرة خاصة وتدريبا طويلا .

٧ ــ مقابلة التشخيص المبدئي

وهي تستهدف تصنيف الأفراد حسب درجات مرضهم النفسي وحالاتهم ويتوقف نجاح هذا النوع علي دقة الملاحظة عند الأخصائي أثناء المقابلة ومهارته وخبرته في الكشف عن مظاهر السلوك المرضي والشاذ .

٨ ــ مقابلة البحث الاجتماعي والشخصي للحالة

ويتم فيها جمع بيانات تفصيلية عن الحالة منذ ولادتها وتطورها وأسرته والعلاقات الأسرية ويجب علي الأخصائي أن يعي درجة الصدق

التي يتحدث بها المريض لكون المريض لا يريد أن يشرح كل ظروفه الأسرية والشخصية .

٩ ــ مقابلة ما قبل وما بعد الاختبارات النفسية

للمقابلة أهمية قبل إجراء الاختبار حيث تساعد في تهيئة المريض عقليا ونفسيا لأداء الاختبار والتخفيف من مخاوفه وبالتالي تؤثر علي صحة الإجابة عن الاختبار . حيث إن الأفراد وفي البيئة العربية يعتبرون الاختبارات النفسية أمرا جديدا ويتطلب ذلك عملية إرشاد وتبصير . والمقابلة التي تكون بعد إجراء الاختبار لكي يتم إعلام المريض ومعرفته بنتائج الاختبار الذي طبق عليه حيث ذلك يقضي علي القلق الذي ينتاب المريض .

١٠ ــ المقابلة الممهدة للعلاج

تهدف هذه المقابلة إلي معرفة المريض بالخطة العلاجية التي ستنفذ معه وكيفية الاستفادة منها . حيث تعاون المريض مع المعالج وغرس الثقة عند المريض لأن الدافع عند المريض بالشفاء من أقوي دعائم النجاح في العلاج .

١١ ــ المقابلة مع أقرباء المريض وأصدقائه

يجب علي المعالج استئذان المريض في السماح له بعمل مقابلة مع من هم ذوو صلة بالمشكلة سواء كانوا أقرباء المريض أو أصدقاءه لكي يحصل المعالج علي معلومات وملاحظات سلوك المريض مع من يحيطون به . (عطوف ياسين ، ١٩٨٧) .

وتختلف هذه عن جلسات العلاج الأسرى . حيث يكون الهدف فيها جمع معلومات ومساعدة أقرباء المريض له علي تخطي مشكلته .

وتوجد أنواع أخرى من المقابلات حسب الهدف منها وتكون كالتالي: ــ

١ ــ مقابلة لجمع المعلومات

٢ ــ مقابلة علاجية " إكلينيكية "

٣ ــ المقابلة الشخصية

٤ ــ مقابلة المشكلة الواحدة أو التعمق

٥ ــ المقابلة المتمركزة حول العميل

خامسا . إجراء المقابلة

عند القيام بالمقابلة يجب توفر عدة إجراءات لنجاح المقابلة وسلامة إجرائها وهذه الخطوات هي :

١ ــ الإعداد

يسبق المقابلة إعداد لها وتخطيط مسبق مرن ويكون الإعداد حول الخطوات العريضة الرئيسية التي تدور حولها المقابلة ويتم في الإعداد تحديد أسلوب بدء المقابلة وتحديد الاسئلة الرئيسية ، والاطلاع علي كافة المعلومات التي تخدم الموضوع الرئيسي كما يتضمن الإعداد تجهيز الأدوات اللازمة للتسجيل وخلافه .

٢ ــ الزمان

يجب مراعاة زمن كاف لإجراء المقابلة وتحديد وقتها مع المريض والتزام المريض بالحضور في الوقت المحدد لها ويعتبر ذلك درجة نضج في العملية العلاجية .

ويعتبر الزمن المناسب لإجراء المقابلة ما يتراوح بين نصف ساعة وخمس واربعين دقيقة أما إذا قل عن ذلك فيكون الوقت غير كاف وإذا زاد يكون مرهقاً للمريض والمعالج .

ويجب تحديد وقت المقابلة سلفا وإذا رغب المريض في تعديله فيكون الموعد اللاحق في أقرب وقت ممكن ويوضع في الاعتبار رأي المريض في ذلك لأنه يري الوقت المناسب الذي يستطيع فيه التعبير عن انفعالاته .

٣ ــ المكان

المكان عامل هام في نجاح المقابلة فيجب أن يكون المكان هادئاً ومريحاً وخاليا من الضوضاء والمقاطعات والتدخل وفي تأثيث الغرفة يجب توفر الآتي :

ــ كرسي مريح يجلس عليه المريض

ــ مكتب يجلس عليه المعالج

ويجب أن يكون المريض جالساً وهادئـاً ومرتاحاً لا يجلس في مواجهة المعالج مباشرة وحتي لا يكون المكتب حاجزاً يصعب اجتيازه.

٤ ــ البدء في المقابلة

تبدأ المقابلة بمصافحة المريض والترحيب به ويبدأ الحديث عادة عن أمور عامة مثل الطقس وخلافه ثم يبدأ الحديث في الموضوع المراد بحثه .

ولا تكون المقابلة مجرد إلقاء نصائح وأرشادات ويجب أن يتناول في المقابلة الشكوى الحالية ، الأمراض السابقة ، التاريخ العائلي ، التاريخ الشخصي ، تعاطي المخدرات من الممكن زيادة المقابلة الأولى عن

المقابلات التالية لإعطاء فرصة للمعالج لفهم مريضه أكثر وكذلــــك إقامـــة الألفة بين المريض والمعالج .

٥ ــ تكوين الألفة

من الأمور الهامة لنجاح المقابلة تكوين الألفة بين المريض والمعالج وتأتي هذه الألفة من عملية بناء الثقة والاحترام المتبادل والفهم والاهتمـام الخاص والإخلاص .

ومن عوامل تكوين الالفة أن تبدأ المقابلة بالترحيب الحار والبشاشــة وتناول بعض الموضوعات العامة والخبرات السارة والتشجيع والموضوعية وخلق جو آمن خالٍ من التهديد حتى يستطيع المريــض أن يصــرح بكـل شيء.

٦ ــ الملاحظة

وتهتم الملاحظة المركزة علي سلوك المريض أثنــاء المقابلـــة مــن اكتئاب وعرق وقضم الأظافر وإهمال المظهر وشرود الذهن عنـد الحديـث . وعلامات البأس والإحباط والعناد والتحدي وأيضا السلوك العدواني

٧ ــ الإصغاء

يجب أن يكون المعالج مستمعاً جيداً ولكن يجب أن يشارك المريـــض ويعبر تعبيرا مناسباً إذا لزم الأمر .

٨ ــ التوضيح

يقوم المعالج بالتوضيح من حين لآخر للمريض وهذا يســاعد علـــي التركيز حول الموضوع الرئيسي وإشعار المريض دائما بالاهتمام والانتباه.

٩ــ الأسئلة

الأسئلة يجب أن تصاغ بمهارة ويجب اختيار الاسئلة المناسبة وفـــي الوقت المناسب وتوجه للمريض بطريقة مناسبة للحصول علـــي الأهميـة للإجابة والصدق في الإجابة بقدر ما تكون الاسئلة مساعدة في توجيه سـير المقابلة فإنها تكون معطلة في حالات استرسال المريض وصراحته.

١٠ ـ الكلام

يقصد بذلك الكلام والتعليق الذي يتناوله المعالج فيجب التعبير بأسلوب واضح ويفهمه المريض ويقتصر كلام المعالج علي جعل المريض يسترسل في الحديث .

كما يجب تجنب المعالج أن يتكتم عن خبراته الخاصة ولكن موروفي (Murphy 1972.) يقرر أنّ إشارة المعالج إلى نفسه وإلى خبراته الشخصية تثري المقابلة وتجعل المريض يقبل أكثر علي المقابلة ويقوي العلاقة العلاجية .

١١ ـ التسجيل

اختلف العلماء حول طرق تسجيل المقابلة وتوجد خمس طرق للتسجيل وهي : ـ

١ ـ الكتابة من الذاكرة بعد الانتهاء من المقابلة

٢ ـ تقدير استجابات المريض علي مقياس للتقدير سبق اعدادة والتدريب عليه .

٣ ـ وجود نظام سابق للتصنيف والترميز يمكن استخدامه .

٤ ـ التسجيل الحرفي لكل ما يقوله المريض أثناء المقابلة

٥ ـ استخدام أجهزة التسجيل الصوتي بعد موافقة المريض

١٢ ـ إنهاء المقابلة

تنتهي المقابلة عند تحقيق هدفها وإنهاء المقابلة أمر مهم جدا بقدر أهمية بدئها ويجب أن تنتهي المقابلة تدريجيا وليس مفاجأة بانتهاء الزمن أو انتهاء وقت العمل فقد يشعر المريض بالإحباط والرفض .

ومن أساليب إنهاء المقابلة

١ ـ استعراض وتلخيص ما دار فيها

٢ ـ الإشارة إلى موعد المقابلة القادمة . (محمود الزيادى ١٩٦٩)

سادسا .الأسس التي تقوم عليها المقابلة

١ ـ الدوافع اللاشعورية

إن فهم السلوك الإنساني وبخاصة الحيل اللاشعورية جزء مهم في المقابلة حيث يوجد كثير من الطبيعة اللاشعورية للدوافع الكامنة وراء كثير مما يقوله الناس وما يفعلونه .

فنجد أن ميكانيزمات الدفاع النفسية تصدر عن مستوى لاشعوري لكي يحصل بها المريض علي غرض معين أو لإنكار مشاعره أو للمراوغة والتضليل حسب نوع المشكلة المعروضة أثناء المقابلة .

وينبغي علي الأخصائي الإكلينيكي أن يعرف حقيقة هذه الدوافع وطالما أن هدف الأخصائي هو تقديم المساعدة الفعالة للمريض أو للآباء فإنه ينبغي أن يعمل علي استنتاج الحقائق الواقعية التي تبصره بحالة المريض .

٢ ــ التناقض الوجداني

إن فهم حقيقة التناقض الوجداني أثناء المقابلة يساعد إلى حد كبير علي نجاح العملية العلاجية فالكشف عن الدوافع اللاشعورية يساعد علي الوقوف علي حقيقة التناقض الوجداني في الحياة النفسية للأفراد .

ففهم التناقض الوجداني للآباء حيال أبنائهم وكذلك التناقض الوجداني للأولاد حيال والديهم يكون له الأثر الكبير في كشف السلوك الغامض أو عدم التعبير عنه .

٣ ــ التقبل

إن من الأسس المهمة في القيام بالمقابلة هو تقبل المريض كما هو. وقد حث كل من ثورن واندوز(Thorne&Andews1946.) الأخصائيين في الإرشاد النفسي والعلاجي إلى التقبل المبصر للمريض دون الاصطدام معه بأفكاره واتجاهاته المسبقة التي غالبا ما تتعارض مع اتجاهات الأخصائيين فقالا " ... يلاحظ أن بعض الآباء يعامل طفله بطريقة تكون متناقضة مع القيم التي يؤمن بها أخصائي الإرشاد النفسي. فقد يكون الأب من النوع الذي يميل إلى أنه يوقع العقاب والأذى بالطفل ، أو يتبع سياسة النبذ والإهمال ، أو يتطلب منه أشياء أكبر مما تتحملها طاقته ، أو يقوم بغرض الحماية الزائدة علي الطفل أو غير ذلك من الأساليب غير المرغوبة . فإذا قام الأخصائي بتوقيع اللوم والإدانة علي هذه الاتجاهات الوالدية ، فانه لا يكون قادراً علي تقديم مساعدة مجدية فعالة لأن الآباء سوف يقفون موقف المدافع أو يستجيبون للنقد بعداء وعناد . وهذه الأمور تؤدي إلى عرقلة سير العملية الإرشادية " .

فالتقبل لا يعني الصفح عن السلوك غير المرغوب ولكن أن نفهمه في ضوء فهم المشاعر التي تجد تعبيرا لها عن طريق ذلك السلوك .

٤ ـ العلاقة

إن بناء العلاقة المهنية عامل مهم في العملية العلاجية حتى يدرك المريض طبيعة العلاقة وحدودها ومسئوليات المعالج والمريض في هذه العلاقة وحتى لا ينتظر المريض من المعالج حلولا سحرية وسريعة .

وقد أوضح (دول ١٩٥٨) أهمية الوئام في العلاقة المهنية الحميمة بين الأخصائي والمريض وأوضح أن الوئام هو نتاج علاقة مهنية ناجحة وأفضل طريقة لنمو تلك العلاقة هي أن تنفذ مباشرة إلى المشكلة بدلا من ضياع الوقت في الشكليات الروتينية التي تعيق إقامة الوئام " .

والعلاقة المهنية لا تخلو من الطرح ويجب أن يضع المعالج هذا نصب عينيه فإما أن يكون طرحاً إيجابيا أو طرحاً سلبيا حتى يتعامل مع هذا الطرح .

٥ ـ الإصغاء

الإصغاء الدقيق عند المعالج لكل كلمة يقولها المريض من أبرز الأسس لتكون المقابلة ناجحة والإصغاء هو عملية مشاركة وجدانية كاملة للمريض الذي يقوم بعملية تفريغ لمشاعره وآلامه وإحاطاته . والتأكيد على الإصغاء كأساس للمقابلة الناجحة قد يوحي بأن يكون الأخصائي صامتا أو سلبي الاستجابة ولكن المقصود هو أن يصحب الإصغاء تعليقات مختصرة وأسئلة مصاحبة أو إيماءة من الرأس للتشجيع على إبراز مزيد من التفاصيل والمعلومات .

وقد قال أحد الأئمة في العلاج النفسي " إن فن العلاج النفسي هو فن الاستماع الجيد " .

٦ ـ الأسئلة

الأسئلة التي يوجهها الأخصائي للمريض تكون ذات هدف ونافعة للغاية حيث تساعد المريض في الإفصاح عن مشاعره وتشير " جاريت" إلى أن الأسئلة يجب أن تحقق هدفين .

١ ـ الحصول على معلومات دقيقة ووافية

٢ ـ توجيه المقابلة من اتجاه عقيم إلى اتجاه آخر مفيد .

فان الأسئلة التي تكون إجابتها نعم أو لا تكون مختصرة لا تفي بالغرض ولا بد من أسئلة تتيح التعبير المفصل من المشاعر وذلك باستخدام الأسئلة الإيجابية والطريقة غير المباشرة التي لا تتضمن إجابة صح أو خطأ وإنما تعتمد على التعبير الحر .

٧ ـ التفسير

إن التفسير له أهمية خاصة في العملية العلاجية وأنواع التفسيرات التي يقدمها المعالج للمريض تشتمل علي

١ ـ إن مهمة المعالج هو جعل ما هو غير مفهوم يكون مفهوما

٢ ـ الاهتمام بالتأويل بتتبع الصلات بين الأحداث والأعراض وسمات الشخصية والتي تكون واضحة لأول وهلة .

٣ ـ وظيفة التأويل هي توضيح التناقض بين ما يقول المريض أنه يشعر به وبين ما يحس به بالفعل من خلال وصفه لسلوكه .

ولا يجب صياغة التفسيرات في عبارات قاطعة أو تقديمها بصوت متسلط آمر .

والتفسير مهم لأنه يحمل في طيا ته وجود خبرة خاصة في النفاذ إلى ما وراء الخداع الذاتي للمريض .

والتفسير الذي كونه المعالج لنفسه ينبغي أن يكون عاملا مساعدا في تمكينه نحو التعرف اللازم لمشاعر المريض ودوافعه .

وإن جو الأمانة والصراحة من شأنه أن يخفف من حدة ميكانيزمات الدفاع ومشاعر القلق لدى المريض .

سابعا . مبادئ المقابلة

توجد بعض المبادئ العامة التي يجب أن يراعيها الأخصائي الإكلينيكي القائم بالمقابلة وهذه المبادئ لا يتعلمها الأخصائي من القراءة فقط بل إن الممارسة العملية واكتساب الحس الإكلينيكي بملكاته تجعل هذه المبادئ جزءا من سلوكه العادي أثناء المقابلة .

المبادئ العامة للمقابلة تتلخص في :

١ ـ جاء المريض للأخصائي طلبا للمساعدة فعلي الأخصائي أن يحاول تقديمها له .

٢ ـ يكون هدف المقابلة واضحا في ذهن المريض وإن لم يكن واضحاً فعلى الأخصائي توضيح الهدف من المقابلة .

٣ ـ يجب علي الأخصائي أن تكون أسئلته في صياغة واضحة ومختصرة ويكون الهدف منها الحصول علي إجابات معينة .

٤ ـ يراعي الأخصائي في الأسئلة الترتيب المناسب وذلك طبقا لمستوى القلق لدي المريض .

٥ ـ يجب مراعاة التكرار الذي يميل إليه المريض في أي موضوع وعلى الأخصائي الانتقال من موضوع إلى آخر بالسرعة المطلوبة .
٦ ـ يراعي الأخصائي تسجيل المقابلة بكتابة أقوال المريض إما أثناء المقابلة أو بعد الانتهاء من المقابلة مباشرة ومن الممكن القيام بالتسجيل الصوتي ولكن بعد أخذ موافقة المريض .
٧ ـ على الأخصائي أن يواجه فترات الصمت بحكمة ومهارة .
٨ ـ محاولة الفهم والكشف عن الإجابات المصطنعة أو غير الدقيقة.
٩ ـ قد يعبر المريض عن انفعالاته أثناء المقابلة بشدة والأخصائي عليه أن يضبط هذه الانفعالات حتى لا يفلت الزمام من يده .
١٠ ـ يوضع في الاعتبار إعطاء الفرصة للمريض أن يعبر عن انفعالاته واتجاهاته وآرائه ولكن يجب أن يكون هناك حدود للسلوك واحترام النظام أثناء المقابلة
١١ ـ أحيانا يتساءل المريض أثناء المقابلة أسئلة عارضة ويجب أن يجيب عنها الأخصائي في حدود دوره العيادي وأن يتجنب أية مناقشات جانبية تبعد المقابلة عن هدفها .

من المبادئ الهامة في المقابلة أيضا أن يخضع الأخصائي النفسي لعدد من الجلسات العلاجية ، حتى يستبصر بالكثير من مشكلاته الشخصية التي قد تقف عائقا بينه وبين النجاح في عمله الإكلينيكي .

ثامنا - مضمون ومحتوى المقابلة

إن المقابلة الناجحة يجب أن تحتوي على مضامين تساعد في المؤشرات التشخيصية وتكشف عن جذور الجوانب المرضية في الحالات وهذه المضامين :

١ ـ عرض المشكلة

يجب أن يعطي الأخصائي المعالج الفرصة الكاملة في عرض مشكلته كما يراها المريض نفسه ، وإعطاء المريض الفرصة لتكون بمثابة التنفيس وخفض التوتر وتقليل حدة القلق وتقبل المعالج للمريض في عرض مشكلته يريح المريض ويطمئنه ولطريقة عرض المريض لمشكلته قيمة أساسية في عملية التشخيص حيث يوجد بعض من المرضى لديهم إنكار عالي على أنه لا توجد مشكلة وهناك من يسهبون في عرض المشكلة ويناقشون المشكلة

بوضوح وصراحة فكل هذه الطرق لها أهمية في استمرار المقابلات ومهمة الأخصائي أن يتقبل كل ما يقوله المريض وينصت بإمعان .

٢ ـ فكرة المريض عن نفسه

يجب عل الأخصائي أن يحاول أن يعرف قدرة المريض علي التواصل الاجتماعي ومن الممكن أن يرجه له الأسئلة التالية :

١ ـ حدثني عن نفسك ؟

٢ ـ من أي نوع من الناس أنت ؟

٣ ـ هل أنت شخصيتك ممتازة أم بك بعض العيوب ؟

٤ ـ ما هي فكرتك عن نفسك ؟

فيوجد أصناف من المرضى تجاوب بتهكم أو بإطلاق النكات أو من يقومون بالمراوغة كما يوجد مرضى يستجيبون استجابة واضحة ومباشرة ويناقشون جوانب القوة والضعف بقدر معقول من الموضوعية.

وقد استطاع (روبرت مارتن ١٩٥١) أن يصنف إجابات المرضى الفصاميين والعصابيين في ثماني فئات كالتالي :

١ ـ استجابات تدل علي وعي المريض بالمركز الاجتماعي والقبول أو الرفض من الآخرين .

٢ ـ استجابات تدل علي أن المريض عاجز عن الإجابة وكانت إجابة الذهاني تدل علي عدم القدرة علي التعبير أو الاعتماد على الذات.

٣ ـ استجابات يعبر فيها المريض عن رؤية الناس له كيف يتصرفون حياله وما هو شعورهم نحوه .

٤ ـ استجابات يصف فيها المريض نفسه شاعرا بذاته وحساسا لاحتقار الآخرين له

٥ ـ الاستجابات التي يظهر فيها المريض عجزه عن الحكم عن نفسه ويكون في حاجة إلى سلطة خارجية تصدر هذا الحكم . فشخصية المريض خاضعة ومعتمدة على الآخرين إلى حد كبير .

٦ ـ الاستجابات التي تدل علي استبصار المريض بإحباطاته . حيث يحضر المريض من ذاته وينسب إليها كثيرا من الخصال السيئة .

٧ ـ الاستجابات التي تدل علي أن المريض يعتبر نفسه شخصا عاديا تماما فالمريض ليست لديه القدرة علي إدراك أي فرق بينه وبين الناس في الأفكار والمعتقدات والسلوك .

٨ ــ الاستجابات التي تشير إلى النواحي المزاجية وتتمثل في عصبية المريض ومدى الثبات الانفعالي وشعوره بالسعادة ومدى تألمه .

٣ ــ الاهتمامات

من الجوانب الهامة التي يجب أن يسأل عنها الأخصائي أثناء المقابلة هي طريقة تفكير المريض والحكم علي قدرته الإنتاجية والتعرف علي اهتماماته والأفراد الذين يشاركونه هذه الميول أو الاهتمامات كالموسيقى والتمثيل والغناء والرياضة والنشاط الاجتماعي والنشاط الثقافي وأنواع اللعب الأخرى .

٤ ــ طموح المريض ونظرته نحو المستقبل

من الجوانب الهامة أيضا اهتمام الأخصائي أن يتعرف علي طموح المريض وبخاصة في مجال العمل والزواج والأسرة وسؤال المريض عن ماذا يعني المستقبل بالنسبة له ؟ وهل يتوقع الفشل أو العقاب ؟ وما هي توقعات المريض نحو الشفاء ؟ وهل يرى أنها حالة ميئوس منها .

٥ ــ الدافع

لكل سلوك دوافع كامنة وراءه فيجب علي الأخصائي معرفة الدوافع الأساسية التي توجه سلوك المريض ؟ وما هي أهدافه . وما هو أسلوبه في تحقيق هذه الأهداف ؟ ويلاحظ الأخصائي المجالات التي تنتمي إليها دوافع المريض ؟ مثل حب الاستعراض ، الأمن ، السيطرة، تأكيد الذات ، الهروب ... إلى غير ذلك

٦ ــ مدى استبصار المريض بالعوائق والإحباطات

من الاستجابات الهامة للأخصائي وهو بصدد التشخيص أن يتعرف على العوائق والإحباطات التي يتوقع أن يواجهها المريض في المستقبل كذلك يجب التعرف علي درجة استبصار المريض بهذه الإحباطات وبحاجاته الشخصية وعلي الأخصائي أن يتعرف على العوائق الطبيعية المعروفة مثل الذكاء التعليم السن ، الفقر أو الأطفال أو الأسرة .

٧ ــ الخبرات المؤلمة ومدى استجابة المريض لها

يعطي الأخصائي فرصة للمريض للتعبير عن خبراته المؤلمة الحزينة وهذه الفرصة تتيح للأخصائي أن يتعرف علي الأحداث التي كانت تهدد المريض ويتعرف الأخصائي علي انفعالات المريض فهل انفعالاته ومشاعره واقعية تتلاءم مع الحدث المؤلم أم أنها عنيفة ومبالغ فيها أم أنه متبلد المشاعر إزاءه .

٨ ـ الحالة المزاجية والحالة الوجدانية

يجب علي الأخصائي التعرف علي حالة المريض الوجدانية وكذلك حالته المزاجية وهل يبدو المريض انفعاليا ؟ أم هل يضحك أو يبكي دون أسباب معقولة؟ أم أنه يبدو من السهل استثارته ؟ .

لذلك يسأل الأخصائي عن مقدار الصبر وقوة التحمل لدى المريض هل لدية ثبات انفعال ؟ وهل يشعر بالسعادة ؟ وإلي أي حد ؟ وهل لدية ميول انتحارية أو تقلبات دورية ؟ .

٩ ـ القلق

المقصود بالقلق هو الكشف عن مصادره كما يراها المريض ومن الأسئلة في هذا الصدد السؤال عن ما هي أسباب الحزن وفي أي شيء يفكر؟ وما الذي يقلقك دائما أكثر من غيرك ؟ هل ترى نفسك قلقا دون أن يكون هناك داع للقلق ؟ وهل هذا القلق مؤقت أم قلق دائم ؟ .

من المهم للأخصائي أن يلاحظ قلق المريض إذا كان مزمنا أم قلقا مؤقتا ومدى شدة القلق وإلي أي مدى يكون متعمقا بجذوره في الشخصية؟.

١٠ ـ المخاوف

المخاوف التي يتحدث عنها المريض ما هي إلا بدائل لمصادر أخرى عميقة للخوف وقد استخدم المريض الإزاحة لهذه المخاوف لأشياء خارجية كخوف من الظلام أو الخوف من الأماكن المفتوحة أو الخوف من النار أو الخوف من الحيوانات ... الخ وتسجل المخاوف كما هي تماما حتى يبدو لها معنى .

١١ ـ مصادر الصراع

للصراع مصادر عديدة ومن المهم أن يتعرف عليها الأخصائي فتوجد مصادر للصراع تتمثل في " معتقدات دينية أو الأخلاق أو القيم والمعايير والقانون وصراع العمل والصراع العائلي ويوجد أيضا صراع داخلي ذاتي ويجب علي الأخصائي أن يلاحظ هذه الصراعات والطريقة التي يتحدث بها المريض عن كل الصراع .

كما أن للصراعات الداخلية أهمية خاصة فكثيرا ما تعكس الصراعات الداخلية صراعات خارجية أي التي تدور بين المريض وبين الآخرين .

١٢ ــ مصادر الغضب والكراهية

من المهم التعرف علي المصادر التي تستثير غضب المريض وكراهيته أو التعبير عن هذا الغضب والكراهية خاصة تجاه والديه وعمله والسلطة القائمة من حوله .

وهل المريض عاجز عن توجيه النقد أم هو ينتقد دائما بإفراط ومبالغة ؟ .

١٣ ــ جوانب يكرهها المريض وجوانب يفضلها

يختلف هذا الموضوع بعض الشيء عن الاهتمامات علي الرغم من أنهما متداخلان .

والمقصود هو معرفة ما يميل المريض إليه من أشياء محببة لديه من الأشخاص، والمواقف ، الملابس ، الأطعمة ، الأشربة ، الألوان ، المواضيع، الميول .

١٤ ــ المعتقدات الدينية

تلعب المعتقدات الدينية أحيانا دورا إيجابيا أو دورا سلبيا .وإن الجانب الديني جزء من التركيبة النفسية للأفراد ولا يمكن إهماله . وكثيرا ما يكون الجانب الديني مسرحا للتعبير عن صراعات داخلية عنيفة . فهناك اتجاه ديني متحمس عند بعض الشباب وهذا يعبر عن الشعور بالذنب الناجم عن الدفعات الجنسية . وأيضا يوجد أصحاب الاتجاهات الإلحادية في الدين ويكون هذا نوعا من العدوان موجها نحو مصدر السلطة " الأب أصلا " .

فالاتجاهات الدينية تكون أعراضا تعبر عن مصادر عميقة بعيدة عن شعور المريض .

١٥ ــ مشاعر الذنب

من الواجب علي الأخصائي أن يلاحظ درجة إحساس المريض بالشعور بالذنب لمدى خطورتها علي المريض وأحيانا بعض المرضى يقومون هم بالتحدث عنها وبعضهم ينكرها أو يخضعها ولكن الشعور بالذنب يعيق المريض عن التوافق ومن الأسئلة التي يجب أن يسألها المعالج هي ما هي درجة الشعور بالذنب عند المريض ؟ ما هي الميادين

التى يدور حولها شعور المريض بالذنب ؟ هل يتهم المريض ذاتـــه أم أنـــه يعد بإصلاح نفسه ؟ .

١٦ ــ حالات الكف وعجز المريض عن التعبير اللفظي

عدم قدرة المريض عن التعبير عن انفعالاته تعتبر مشـــكلة مرضيـــة ويجب أن ينتبه إليها الأخصائي حتى يخرج المريض من هذه الحالة .

ما الذي يمنعك من القيام بالأعمال السيئة ؟ وما هو نـــوع الســـيطرة والضبط الذي تمارسه على نفسك ؟ .

١٧ ــ الأفعال الوسواسية والأفكار القهرية

يعبر المريض أحيانا عن بعـــض الأفعـــال الوسواســـية أو الأفكـــار القهرية. والأخصائي يتعرف علي هذه الأفكار بتوجيه بعض الأسئلة للتعرف على هذه الأفعال مثل محاولات المريض المستمرة من التـــأكد مـــن غلـــق الأبواب أو غسيل الأيدي .

ومن الأفكار القهرية التفكير المستمر في بعض الأفعال الفاحشـــة أو العدوانية.

١٨ ــ الأحلام

الحلم يعتبر تنفيسا عن رغبة مكبوتة وللحلم أهمية فـــي التشـــخيص ومعرفة لا شعور المريض وفي المقابلة يجب علي الأخصائي التركيز علي:

١ ــ موضوع الأحلام ومضمونها

٢ ــ تكرار حدوثها وتكرار الحلم الواحد

٣ ــ نسيان الأحلام والكوابيس ، ووضوح الحلم وخصائصه .

١٩ ــ عادات النوم

انتظام المريض في النوم دلالة علي ارتياحه ولكن عدم انتظامه دلالة علي وجود التوتر والقلق ويجب أن يسأل الأخصـــائي عـــن عـــادات نـــوم المريض مثل هل تنام بسهولة ؟ ما هي عدد ساعات نومك اليوميـــة؟ هـــل تستيقظ أثناء النوم ؟ أين مكان نومك ؟ هل تصاب بالأرق في أول النـــوم أو في آخره ؟ .

٢٠ ــ التخيلات

إن التخيلات أو أحلام اليقظة دلالة علي وجود محـــاولات تعويضيـــة للتغلب علي الصراعات والإحباطات التي يعاني منها المريـــض . ويســـأل

الأخصائي المريض عن ماذا تفكر به حين تكون منفردا ؟ ما هـــي أحــلام اليقظة التي تعاودك ؟ .
وعلي الأخصائي أن يلاحظ أحلام اليقظة التي تتسم بالغرابة .

٢١ ــ الهلوسات
الهلاوس نوعان هلاوس سمعية وهلاوس بصريـــة فأحيانـــا يســمع المريض أصواتا لم تكن موجودة أو يرى أشياء غير واقعيــة . ويجــب أن يسأل الأخصائي المريض . هل تســـمع أحيانـــا أصواتـــا دون أن تعــرف مصدرها؟ هل ترى أشياء لا يراها غيرك ؟ .
٢٢ ــ الهذاءات
يجب علي الأخصائي التعرف علي هذاءات المريض وضلالاته ولكــن بحذر حتى لا يقع الأخصائي نفسه ضمن هذاءات المريض ويسأل المعـــالج بعض الأسئلة التي تعطيه الإجابة عن هذه الهذاءات مثـــل هــل تشـــعر أن الناس يتحدثون عنك ؟ من هم أعداؤك ؟ لماذا يعادونك ؟ وعلي الأخصـــائي أن يلاحظ درجة الغرابة في محتوى الهذاء .
٢٣ ــ توهم المرض
إن انشغال المريض بصحته ووظائف جسمه من أهــم الموضوعــات التي ينتبه إليها الأخصائي . وإذا كانت لدى المريض بعض الأفكـــار عــن توهم المرض فسوف تفرض نفسها علي المناقشة أثناء عرض المريـــض لمشكلته.
٢٤ ــ التوافق الجنسي " المثلي والغيري "
إن التوافق الجنسي من أهم مجالات المرض النفسي والعقلي ويتناول أفكار المريض واتجاهاته وخبراته الماضية وسلوكه الفعلي .
تاسعا ــ ملاحظات الأخصائي الإكلينيكي
من الواجب أن يكون الأخصائي ذا ملاحظـــة دقيقـــة أثنـــاء فحــص المريض ومن خلال استجاباته . فقد يكون المريض قلقا أو مكتئبا . أو قـــد يبكي أو يتجدد الأمل في نفسه وقد يشعر المريض بالراحة بعد حديثه هـــذا في المقابلة أو قد يشعر بالاضطراب .
فمن الواجب أن يكون الأخصائي قد تحقق من أنه قد خاض بعمق في الجوانب المختلفة الخاصة بحياة المريـــض ويســـتطيع أن يرســـم صـــوره إكلينيكية وافية تتسم بالفهم والموضوعية وفي البداية علي الأخصـــائي أن

يلاحظ مظهر المريض وحركاته كما يلاحظ أيضا مستوى نشاطه العام. ويلاحظ أيضا درجة وعي المريض باتجاهات الزمان والمكان .

وقد لا يستطيع الأخصائي تغطيه كل هذه الموضوعات في مقابلة تشخيصية واحدة فالواجب أن يقوم بأكثر من مقابلة حتى يستطيع أن يجمع المعلومات التي تساعد في التشخيص والقيام بالعلاج .

صدق المقابلة : المقابلة تكون صادقة إذا أجريت بواسطة أخصائيين ماهرين وقد وجد " بارير ونابيولي ١٩٥٢ " أن المقابلة أداة صادقة عند استخدامهم مستويات الصحة النفسية كمؤشر للتنبؤ في دراسة الأطفال المضطربين اضطرابا شديدا .

وتوجد ضوابط لرفع صدق المقابلة عند ماكوبي وما كوبي .

١ ــ المقارنة بين أقوال المريض في المقابلة وبين الأدلة الموضوعية الأخرى المتصلة بموضوع المقابلة

٢ ــ التنبؤ عن السلوك في المستقبل علي أساس توقعات المريض .

٣. ــ التناسق الداخلي في خطوات وعمليات المقابلة

٤ ــ الارتباط بين بيانات المقابلة وبيانات أخرى يمكن التنبؤ عن ارتباطها بها .

بعد هذا العرض نرى أن المقابلة الإكلينيكية أداة جيدة في يد الأخصائي الإكلينيكي وليس من السهل الاستغناء عنها أو تفضيل أداة غيرها.

بل يجب أن يكون هناك اعتماد علي أدوات أخرى عديدة في التشخيص إلى جانب المقابلة .

الفصل الخامس

دراسة الحالة

أولا ـ تعريف دراسة الحالة

ثانيا ـ أهمية دراسة الحالة

ثالثا ـ مصادر المعلومات

رابعا ـ مضمون دراسة الحالة

١ ـ التسجيل

٢ ـ التاريخ التعليمي

٣ ـ التاريخ الأسري

٤ ـ تاريخ النمو

٥ ـ التاريخ الاجتماعي

٦ ـ التاريخ المهني

خامسا ـ تحليل بطاقة بحث الحالة

سادسا ـ البحث السيكولوجي

سابعا ـ الطب النفسي

الفصل الخامس

دراسة الحالة Case Study

دراسة الحالة ليست وسيلة لجمع المعلومات ولكنها أسلوب لتجميع المعلومات التي تم جمعها بالوسائل الأخرى مثل المقابلة والملاحظة وتاريخ الحالة والاختبارات والمقاييس والسيرة الشخصية (Hahn and Maclean 1954.)

أولا تعريف دراسة الحالة

ما هي دراسة الحالة ؟

هي كل المعلومات التي تجمع عن الحالة وهي تحليل دقيق للموقف العام للحالة ككل . وهي منهج لتنسيق وتحليل المعلومات التي جمعت بوسائل جمع المعلومات الأخرى عن الحالة وهي بحث شامل لأهم عناصر حياة المريض . كذلك هي وسيلة لتقديم صورة مجمعة للشخصية ككل بذلك تشمل دراسة مفصلة للفرد في حاضرة وماضيه ويعتبر تاريخ الحالة جزءاً من دراسة الحالة حيث إن دراسة تاريخ الحالة يتناول دراسة مسحيه وطولية شاملة للنمو منذ وجوده والعوامل المؤثرة فيه ، وأسلوب التنشئة الاجتماعية والخبرات الماضية والتاريخ التربوي والتعليمي والصحي ، والخبرات المهنية ، وتاريخ التوافق النفسي .

ويلاحظ أن البعض يستخدم دراسة الحالة وتاريخ الحالة بمعني واحد ولكن هناك فرق بين دراسة الحالة وتاريخ الحالة . حيث إن دراسة الحالة تعتبر بمثابة قطاع مستعرض لحياة الفرد . بينما تاريخ الحالة قطاع طولي لحياة المريض أي أنها دراسة تتبعية لحياة المريض.

ثانيا - أهمية دراسة الحالة

برزت أهمية دراسة الحالة في ميادين " الخدمة الاجتماعية والعلاج النفسي " وكذلك الإدارة والاقتصاد وتستهدف الإحاطة الشاملة المعرفية بتفاصيل الحالة من المنظور الدينامي والترابطي والتاريخي .

وتهدف دراسة الحالة إلى الوصول إلى فهم أفضل للمريض وتحديد وتشخيص مشكلاته وطبيعتها وأسبابها واتخاذ التوصيات الإرشادية والتخطيط للخدمات العلاجية اللازمة (حامد زهران ١٩٧٨) .

والهدف الرئيسي لدراسة الحالة هو تجميع المعلومات ومراجعتها ودراستها وتحليلها وتركيبها وتجميعها وتنظيمها وتلخيصها ووزنها إكلينيكيا (حامد زهران ١٩٧٦) .

ويؤكد (محمود الزيادي ١٩٦٩) أن تاريخ الحالة يساعد علي فهم سلوك المريض في صورة تطورية . فلكي نفهم الاضطرابات الحالية للمريض علينا أن نفحص خبراته السابقة في مراحل طفولته ويعد فرويد أول من نبه إلى أن المشاكل العصابية لها جذورها دائما في تاريخ حياة الفرد وخاصة في طفولته . وقد يقول البعض أن المشاكل العصابية ليست إلا استجابات لواقع فما هو فائدة الرجوع بالمشكلة إلى الماضي .

الواقع أن الخبرة الإكلينيكية أن كل فرد عصابي يفشل في مواجهة مواقف معينة قد لا تكون لها حساسية خاصة بالنسبة له في حين نراه يواجه بكفاءة تامة مواقف أخرى .

بالتالي تلعب تجارب الطفولة والخبرات السابقة دورا جوهريا في حياة الحالة علي شكلها الراهن .

وتوجد بعض الآراء الخاصة بالعلماء الذين يؤكدون علي أهمية دراسة الحالة .

فيؤكد الطبيب النفسي الفرنسي (نولان لويس Nolan lawis) علي أهمية دراسة الحالة وضرورتها بقوله .

" ... عند دراسة أي مريض يصبح من المهم أن ندرس تاريخه السابق تاريخ نموه الجسمي والعقلي وتاريخ أمراضه وسلوكه العصابي، وبدون هذه المعلومات يصبح من المستحيل في معظم الحالات أن نفهم طبيعة الاضطرابات الموجودة أن نضع تشخيصا دقيقا ، أو أن نحدد خطة علاجية واضحة .

عيوب دراسة الحالة

إن المعلومات التي يعطيها المريض أثناء المقابلات العلاجية في الوقت الذي يكون مستعدا فيه لإمدادنا بها تكون أكثر صدقا من المعلومات التي نحصل عليها في المقابلة الأولى وبالطريقة المنظمة إلا انه في بعض الاحيان ونظرا لضيق الوقت لا يسمح للمريض إعطاء كل المعلومات عن حالته مع منظم الحالة .

ومن الصعوبات التي تحيط بدراسة تاريخ الحالة ضيق الوقت أحيانا. فمن الممكن ألا يتسع الوقت لاستيفاء كل المعلومات اللازمة . وأنه لا يوجد

أشخاص يمدوننا بمعلومات عن المريض . أيضا من الصعوبات في دراسة تاريخ الحالة صعوبة إعادة بناء تاريخ الفرد فأحيانا يصعب الحصول علي تسجيل صادق في تسلسل لوقائع حياة المريض وذلك لأننا نعتمد علي ذاكرة المريض ووالديه ومدرسيه وأصدقائه .

مزايا دراسة الحالة

يوضح العالم فردريك ثورن (Frederiek Thorn) أن تاريخ الحالة يقلل من أخطاء التشخيص التي تنجم عن استجابة الفاحص للمظهر الكاذب للمفحوص، وتلك الأخطاء " الذاتية " التي تنجم عن الأفكار المسبقة والنظريات التي يؤمن بها الفاحص دون أن يكون لها صدق عملي .

وتمتاز دراسة الحالة بما يلي :

١ ـ تعطي صورة أوضح وأشمل للشخصية

٢ ـ تسهل فهم وتشخيص وعلاج الحالة علي أساس دقيق غير متسرع.

٣ ـ تساعد المريض علي فهم نفسه بصورة أوضح .

٤ ـ تفيد في التنبؤ عندما يتاح فهم الحاضر في ضوء الماضي

٥ ـ لها فائدة إكلينيكية حيث يحدث أثناءها التنفيس والتطهير الانفعالي وإعادة تنظيم الخبرات والأفكار والمشاعر

٦ ـ تستخدم أغراض البحث العلمي والأغراض التعليمية في إعداد وتدريب الأخصائيين النفسيين والمرشدين

عوامل نجاح دراسة الحالة .

لعوامل نجاح دراسة الحالة يجب اتباع الخطوات الآتية : ـ

١ ـ التنظيم وذلك لكثرة المعلومات التي تشملها دراسة الحالة

٢ ـ الاعتدال ويقصد به التفضيل العملي بين الاختصار المخل والمعلومات المفيدة .

٣ ـ الاهتمام بالتسجيل

٤ ـ الاقتصاد ويتبع قانون اقتصاد الجهد أي اتباع أقصر الطرق عملا لبلوغ الهدف .

بعد هذا العرض نستطيع القول أن تاريخ الحالة يمكننا من تفسير نتائج الاختبارات ، فنتيجة أي اختبار لا يمكن أن تقف وحدها وإلا فقدت معناها .

فمثلا استجابة المريض في اختبار تفهم الموضوع لا يمكن أن تفسر إلا في السياق النفسي للمريض . كذلك الأحلام تفسر في إطار الملابسات المحيطة بالفرد وبحياة الحالم النفسية .

ولذلك فإن كتابة تاريخ الحالة يختلف من حالة إلى حالة في طريقة العرض. فإن كل إنسان نسيج وحده .

ثالثا . مصادر المعلومات

مصادر المعلومات التي تساعد الأخصائي لكي يستقي منها المعلومات وهو بصدد تاريخ الحالة هي المقابلات والتقارير الرسمية

ويذكر محمود الزيادي أن المقابلة هي المصدر الأول عن تاريخ الحالة . فالمقابلة تشمل المقابلات التي تجري مع أفراد أسرة المريض أو جيرانه أو أصدقائه أو زملائه أو مدرسيه .

ومن الواجب علي الأخصائي أن يتحرى في جمع المعلومات و يلاحظ التناقض في الكلام . كما أن انحراف ا لذاكرة أيضا يؤثر علي دقة جمع المعلومات.

أما التقارير الرسمية فمن الممكن الاعتماد عليها فاستيفاء بعض المعلومات. وهذه التقارير تتسم بالموضوعية والصدق . ومنها التقارير الطبية والتقارير المدرسية .

رابعا . مضمون دراسة الحالة

يوجد اتفاق بين العلماء علي المضمون الشمولي لدراسة الحالة كأداة وأسلوب في التشخيص ومن هذه المضامين ما يلي :

١ ــ التسجيل

التسجيل هو تصريح للأخصائي بالدخول في العملية العلاجية وتحمل المسئولية . ويفضل في التسجيل أن يقوم بها شخص واحد عند تسجيله أو عند إجراء مقابلات تشخيصية وذلك ليشعر المريض بالسرية ويمكنه تكوين علاقة انفعالية تساعد في علاجه .

وبطاقة التسجيل ليست مصدراً للمعلومات وإنما مجرد وصف مبدئي للحالة .

نموذج بطاقة دراسة الحالة

نموذج رقم (١)
عيادة جامعة بودرو

بطاقة تسجيل : Registration Card

١ ــ التاريخ: ________

اسم الفاحص ________

اسم المريض ________

الجنس : ذكر ____ أنثى ______

تاريخ ومحل الميلاد ________

الحالة الاجتماعية متزوج ______ أعزب ______

العنوان ________________

رقم التليفون __________ الديانة ________

المدرسة __________ السنة الدراسية ____________

٢ ــ الشخص الذي قام بالتسجيل (الجنس ____ / العمر ______ نوع القرابة ______

٣ ــ نوع العمل الحالي ________

٤ ــ إذا لم يكن طالبا يذكر آخرمستوى تعليمي وصل إليه

____

٥ ــ اسم الوالد أو ولي الأمروعنوانه ____________

التليفون __________ ٦ ــ ما هي المشكلات الأساسية التي يشكو منها المريض ____________

٧ــ متى لوحظت هذه المشكلات لأول مرة ____________

٨ ــ ما هي الظروف التي ساعدت على ظهور هذه المشكلات

____

٩ ــ ما هي الإجراءات التي اتخذت لحلها وما هي التغيرات البارزة مع الحلول ____________

١٠ــ تاريخ آخر فحص طبي ونتائجه ____________

(عطوف ياسين ١٩٨٧)

فهذه البطاقة تعطي فكرة عما ما يجب ملاحظتة أثناء المقابلة وما تقوم به بجمع المعلومات .

وأثناء التسجيل يجب علي الأخصائي أن يراعي الدقة في التسجيل وأن يكون هناك توضيح لكل بند في الاستمارة والتسجيل يكون مختصرا لشكوى المريض .

وهذه البطاقة ليست هي الأولى والوحيدة من نوعها بل يجب أن يصاغ على غرارها بطاقات تحتوي علي عناصر أخرى فكل عيادة أو مؤسسة تهتم بعناصر معينة دون غيرها .

٢ ــ التاريخ التعليمي

نحصل علي التاريخ التعليمي للأطفال من معلم الفصل أو الآباء أما التاريخ التعليمي للكبار فنحصل عليه من الراشد نفسه وبالتالي يجب التحقق من صحة المعلومات التي يدلي بها والتاريخ التعليمي له أهمية قصوي لأنه يعطي فكرة عن القدرات السابقة وكذلك توضيح السلوك الذهاني أو الإصابات العضوية .

وفيما يلي سجل مقتبس ومعدل من السجل الذي تستخدمة عيادة بودرو .

نموذج رقم (٢)

التاريخ التعليمي : Schooling Record

١ ــ التاريخ ______ اسم القائم بالمقابلة ______ اسم المريض ______

العمر ______ الشخص الذي يدلي بالمعلومات ______

علاقته بالمريض ______ عنوانه ______

رقم تليفونه ______

٢ ــ تاريخ دخولة المدرسة الابتدائية ______ عمره عند الدخول ______ استجابته للخبرة المدرسية الأولى ______

٣ ــ إذا كان طالبا فما هي السنة الدراسية المقيد بها ______

اذا لم يكن طالبا فما هو آخر مستوي تعليمي وصل اليه ______

هل اضطر أن يعيد سنوات دراسية ______

اذا أعاد سنوات دراسية ما هي ؟ وما الأسباب ؟ ______

٤ ـ اكتب قائمة بالمدارس التي تنقل بها ومستوى تحصيله في كل منها: ابتدائي ـــــ اعدادي ـــــ ثانوي ـــــ عالي ـــــ

٥ ـ المواد التي يدرسها حاليا : ـــــــــــــــــــ

٦ ـ خططه المهنية للمستقبل ـــــــــــــــــــ

٧ـ تدريبه المهني ـــــــــــــــــــ

٨ ـ الاهتمامات غير المهنية ـــــــــــــــــــ

٩ ـ المصاعب الدراسية المحتمل مواجهتها فيما بعد ـــــــــــــــــــ

١٠ ـ عدد مرات غيابه عن المدرسة أو الامتحانات ، ـــــــــــــــــــ

الاسباب ـــــــــــــــــــ

١١ ـ الجماعات التي ينتمي إليها داخل المدرسة ـــــــــــــــــــ

١٢ ـ صنف مدى تعاون الآباء مع المدرسة باستخدام التقديرات التالية:ـ

أ ـ المواظبة علي الحضور ـــــــــــــــــــ

ب ـ مدى استبصار الآباء ـــــــــــــــــــ

جـ ـ ضغط الآباء ـــــــــــــــــــ

د ـ مدى اتزانهم الانفعالي ـــــــــــــــــــ

هـ ـ النقد الذي يوجهونه إلى المدرسة ـــــــــــــــــــ

تعليقات ـــــــــــــــــــ

١٣ ـ فيما يلي قائمة بالسمات التي قد تكون عند المريض وللأخصائي الحكم عليها :

معتمد (اتكالي)	مستقل
كسول	مجتهد
يجلب الضوضاء	هادئ
مهتم بالدراسة	غير مهتم
صامت	متكلم
اهتمامات ضيقة	اهتمامات واسعة
مشاكس	صديق للجميع
متمرد	متعاون

متعب دائما نشيط
طفلي في تصرفاته ناجح
منعزل اجتماعي
تعليقات ______________________
١٤ـ معلومات أخرى ______________________
تابع معلومات اضافية ______________________(مرجع سابق)

توضح البيانات الخاصة بالتاريخ التعليمي أهمية استجابة المريض للسلطة المبكرة عند دخول المدرسة وهذا الموقف يواجه فيه الفرد نظاما مفروضا عليه من سلطة غير سلطة الوالدين .

فالتاريخ التعليمي مهم لفهم الحالة في أن الحالة هل كانت مستقرة في مدرسة واحدة أم أنه كان يتنقل من مدرسة إلى أخرى وهذا يشير الى عدم استقرار عائلي وهكذا كل فقرة في السجل لها هدف محدد يساعد في فهم الحالة أثناء مراحلها التعليمية المختلفة .

٣ ـ التاريخ الأسري

يحصل الأخصائي علي المعلومات الخاصة بالتاريخ الأسري من الأب والأم وأن يقابل كل منهما علي انفراد وبالتالي يستطيع الاخصائي أن يقارن بين اتجاهات الأم واتجاهات الأب هل تسير في اتجاه واحد أم أنها متصارعة مع بعضها البعض والتاريخ الأسري هو وصف كامل للأسرة وتاريخها والأوضاع الحالية . ويجب علي الاخصائي أن يأخذ المعلومات الخاصة بالتاريخ الأسري مأخذ الجد ولا يندهش لأي معلومة كانت شاذة أو غريبة .

نموذج رقم (٣)

السجل المقتبس والمعدل من السجل الذي تستخدمة عيادة جامعة بودرو

التاريخ الأسري Family Record

١ ـ التاريخ ______________ اسم القائم بالمقابلة ______________
اسم المريض ______________ عمره ______________ عنوانه
______________ رقم تليفونه ______________

٢ ــ أعضاء الأسرة المباشرون وبيانات عنهم :
العمر الحالي ــــــــــ عمر الوفاة (إن كــــان) ــــــــــ ســـبب الوفاة ـــــــــ التعليم ـــــــــ
المهنة ـــــــ الأب ـــــــ الأم ـــــــ والد الأب ـــــــ والد الأم ـــــــ الإخوة الأخوات ـــــــــ
٣ ــ بقية أعضاء الأسرة وبيانات عنهم : الأخوال ـــــــــ الأعمـــام ـــــــــ
٤ ــ هل اصيب أحد افراد الاسرة بحادث أو مرض معين:
جريمة ــ اصطدام ــ صرع ــ ضعف عقلي ــ انتحار ــ عيوب في النطــق ــ شلل ــ جنون ــ عمي ــ إدمان خمور ــ صمم ــ إدمان مخـــدرات ــ درن رئوي ــ مرض السل ــ الربو ــ السرطان ــ أمراض أخرى .
٥ ــ اذكر حوادث الطلاق أو الانفصال التي حدثت فــي الاســرة مباشــرة وعمر المريض عند كل منها .
تعليقات ـــــــــــــــــ
٦ ــ اذكر حوادث الزواج للمرة الثانية التي حدثت في الاســرة المباشــرة للمريض .
تعليقات ـــــــــــــــــ
٧ ــ ما هو الوضع الاقتصادي العام للأسرة اذكر أيـــة اســتثناءات عــن الوضع العام ـــــــــــــــ
٨ ــ ما هي مصادر التوتر عامة في الأسرة ـــــــــــ
استجابة المريض لها ـــــــــــــــ
٩ ــ صنف التنظيم الأسري
١٠ ــ ما هو وضع المريض بالمقارنة إلي بقية إخوته ؟
١١ ــ ما هو طموح الاسرة بالنسبة للمريــض ؟
١٢ ــ ما هي الوسائل الترويحية بالنسبة للأسرة ؟
ما هو مدى مشاركة المريض في هذه الوسائل ؟
١٣ ــ صف أي ظروف نفسية أو اجتماعية أخرى هامة في المنزل
١٤ ــ معلومات أخرى ـــــــــــ(مرجع سابق)

في سجل التاريخ الأسري يسجل الاخصـــائي كــل أعضـــاء الاســـرة المباشرين وغير المباشرين وبخاصة الذين يعيشون في نفـــس المـــنزل . والمهم في ذلك هو علاقة المريض بأفراد أسرته ومستويات أفراد الأســـرة

التعليمية حتي تتضح والخريطة الكلية للأسرة . ومهم أيضا معرفة عدد حالات الطلاق أو الانفصال أو الزواج للمرة الثانية ويشير ذلك إلى مدى ما تتمتع به الأسرة من استقرار انفعالي وصحة نفسية .

والتاريخ الأسري لوحده غير كاف ويجب أن ننظر إلى وقائع التاريخ الأسري في ضوء السياق الكلي لمختلف جوانب الحالة .

٤ ــ تاريخ النمو

الأم هي أفضل من يقوم بإعطاء تاريخ النمو للطفل حيث إنها تكون أكثر التصاقا بالابن وبخاصة في مراحل نموه الأولى . أما في حالة الرشد فيطلب من المريض أن يكتب التاريخ الطفولي في النمو حتي يكون هناك فرصة لمزيد من التذكر الدقيق .

نموذج رقم (٤)

السجل المقتبس والمعدل من السجل الذي تستخدمة عيادة جامعة بودرو

تاريخ النمو Developmental Record

١ ــ التاريخ ________ اسم القائم بالمقابلة ________

اسم المريض ________ اسم الشخص الذي يدلي بالمعلومات ________ علاقته بالمريض ________عنوانه ________ رقم تليفونه ________

٢ ــ تاريخ ميلاده ________عمر الأم عند الميلاد ________ مدة الحمل ________ حالة الأم الصحية أثناء الحمل ________

٣ ــ الوقت الذي استغرقته عملية الولادة ________ أين تمت الولادة هل حدث اضطرابات أثناء الولادة ________

٤ــ وزن المريض عند الولادة________ بعد أربعة أسابيع ________ بعد ستة أسابيع ________ ٥ ــ هل حدثت ظروف غير عادية عند الولادة ________

٦ ــ هل أصيب المريض بإصابات جراحية ؟ اذكر نوعها وشدتها وعمره عند الإصابة ________

٧ ــ اكتب قائمة الأمراض التي أصيب بها .

	المرض	عمره عند الاصابة	مدة المرض	شدته
(أ)	____	____	____	____
(ب)	____	____	____	____

(جـ) ____ ____________ ______________ ________

٨ ـ متى بدأت أسنانه في الظهور ؟ ______________________

متى تم فطامه من ثدي الأم ؟ ______________________

متى تم فطامه من الرضاعة الصناعية ؟ ______________

هل حدثت صعوبات أثناء الفطام ؟ ________________

متي ضبط عمليات الإخراج ؟ _____ نهارا ____ ليلا _______

متى استطاع الجلوس دون مساعدة ؟ __________________

متى استطاع المشي ؟_______ متى تكلـم ____________ متـى استطاع الكلام ______ متى استطاع فتح الأبواب ______ متى استطاع أن يلبس حذاءه __________ متي استطاع استخدام الملعقـة _______ والفنجان ________

علق علي المعدل العام للنمو ________________________

٩ ـ متى تلقى أول تعليمات خاصة بالجنس؟ وما هي هــذه التعليمــات ؟ ____________ سنه عند البلوغ ______________

ما هي المشكلات الجنسية التي ظهرت عنده في هذه السن ؟

(العادة السرية ـ حب الاستعراض ـ اللعب الجنسي ـ استعمال الالفـــاظ البذيئة)

١٠ ـ ما هي عاداته في النوم ؟ ______ مع من ينام ________

١١ ـ أي من المشاكل الخاصة بالنمو التالية تعرض لها المريــض حــدد السن عند التعرض لها والإجرءات المتخذة .

العصبية ـ القلق ـ المخاوف الزائدة ـ قلة النوم ـ المشي أثناء النــــوم ـ الفزع الليلي ـ الجبن ـ الخجــل ـ الوقاحــة ـ العصيــان ـ الميــل للمشاجرةـ المزاج الحاد ـ الغيرة ـ المــروق ـ الســرقة ـ الكــذب ـ التدخين ـ الإدمــان ـ مص الإبـــهام ـ قضــم الأظــافر ـ الســادية ـ المازوخية ـ البــوال ـ الغثيان ـ الإغماء ـ الصداع ـ الإحساس السريع بالإجهاد ـ اللزمات العصبية ـ التشنجات ـ الكتابة المقلوبة ـ التهتهة ـ عيوب أخرى في النطق.

تعليقات ________________(مرجع سابق)

إن نمو الفرد يبدأ منذ لحظة الحمل ولذلك في تسجيل تاريخ النمو يبدأ من هذه اللحظة . ويجب التأكد من أن الام كانت ترغب في الحمل أم لا لأن ذلك سيوضح علاقة الأم بالطفل .

وتاريخ النمو مهم لأنه يوضح الدور الذي لعبته العوامل العضوية في رسم الصورة الحالية للمريض .

٥ ـ التاريخ الاجتماعي

يتم الحصول على معلومات التاريخ الاجتماعي من المريض نفسه أو من الأباء . وعادة ما يقوم الأخصائي الاجتماعي بجمع هذه المعلومات وفي بعض الأحيان يقوم الأخصائي النفسي بهذه المهمة . وأهمية العناصر الواردة في التاريخ الاجتماعي تختلف باختلاف الحالات .

نموذج رقم (٥)

سجل مقتبس ومعدل من السجل الذي تستخدمة عيادة جامعة بودرو

التاريخ الاجتماعي Social Record

١ ـ التاريخ ______ اسم القائم بالمقابلة ______ اسم المريض ______ عمره ______ اسم الشخص الذي يدلي بالمعلومات ______ علاقتة بالمريض ______ عنوانه ______ رقم تليفونه ______

٢ ـ صف علاقات المريض بالاشخاص التالين (المقصود وصف هذه العلاقات وما يكتنفها من مشاجرات أو مخاصمات . وهل هي في معظمها علاقات تتسم بالخضوع أو الحب أو طلب الحماية ... الخ)

(أ) أعضاء أسرته ______ (ب) جيرانه ______

(جـ) معلميه ______ (د) أقرانه ______

٣ ـ هل أقرانه أكبر أم أصغر منه ، وهل هم من نفس الجنس أم من الجنس الآخر ، وهل يتسمون بالهدوء أو بالمشاكسة ؟

٤ ـ ما هي الجماعات التي ينتمي اليها ؟ وما هو وضعه داخل هذه الجماعات؟

٥ ـ صف علاقاته الغرامية موضحا عمره وعمر الطرف الآخر وطول العلاقة؟

٦ ـ ما هو نوع قراءاته ؟

٧ ـ صف البناء الاجتماعي في المنزل وفي المجتمع ووضع المريض وأسرته

٨ ـ معلومات أخرى ــــــــــــــــــــــ مرجع سابق)

التاريخ الاجتماعي يهتم بالعلاقات بالآخرين وبخاصة العلاقات الأسرية للمريض وأصدقائه وأقرانه وجيرانه ومعلميه . حتي يتم تحديد وضع المريض ضمن أسرته ووضع أسرته ضمن البناء الاجتماعي .

٦ ـ التاريخ المهني

يخص هذا الجانب من تاريخ الحالة الراشدين فقط

نموذج رقم (٦)

التاريخ المهني Vocational Record

ويخص هذا التاريخ (حالة الراشدين فقط ويشتمل علي :

١ ـ الأعمال السابقة التي شغلها المريض وتركها ــــــــــــــ
٢ ـ نوعية العمل الحالي وواجباته ودخله ــــــــــــــ
٣ ـ التدريب السابق علي المهنة ــــــــــــــ
٤ ـ علاقاته برفاقه بالعمل ــــــــــــــ
٥ ـ صعاب العمل ــــــــــــــ
٦ ـ عدد ساعات العمل يوميا وأسبوعيا ــــــــــــــ
٧ ـ الإجازات والعلاوات ــــــــــــــ
٨ ـ مزايا إضافية وحوافز ــــــــــــــ
٩ ـ التأمين الصحي والاجتماعي ــــــــــــــ
١٠ ـ أخطار العمل ومساوئه ــــــــــــــ
١١ ـ هل قضى المريض الخدمة العسكرية وما مدتها ــــــــــــــ
١٢ ـ معلومات إضافية مرتبطة بالعمل ــــــــــــــ

خامسا ـ تحليل بطاقة بحث الحالة

تتضمن البطاقة النواحي التالية

تحليل بطاقة بحث الحالة

١ ـ البحث الاجتماعي
٢ ـ البحث السيكولوجي
٣ ـ الفحص الطبي
٤ ـ الفحص الطبي النفسي

نموذج رقم (٧)

أولا : البحث الاجتماعي

١ ــ اسم الشخص وعنوانه ــــــــــــــ اسم الوالد وسنه ومهنته ـــــــــ اسم الوالدة وسنها ــــــــــــــ حالة المنزل (حسنه ــ سيئة ــ متوسطة) تاريخ ميلاد المريض ــــــــ تاريخ الفحص ـــــــــ تحديد المشكلة الاجتماعية ــــــــــ ١ ــ صفحة العناوين: أعضاء العائلة وأعمارهم وعناوينهم الجيران والأشخاص الذين يتصل بهم الطفل

٣ ــ صفحة الوصف : الاشخاص الذين قابلهم الأخصائي / الأخصائية ٤ ــ التاريخ :

(أ) اسم المريض ــــــــــ (ب) جهة التحويل ــــــــــــــ

(جـ) سبب التحويل ــــــــــ (د) تاريخ الأسرة ــــــــــ

(١) من ناحية الأب والأم :

الأجداد ــ الأعمام ــ الأخوال ــ العمات ــ الخالات ــ

التعليم والمهنة (طراز العمل ــ الأجور ــ مدة البقاء في العمل ــ أسباب الترك) .

الميول ــ العادات ــ الاستعداد ــ الخصائص ــ (إدمان الخمر ...) الصحة ــ المرض (السل ، السرطان، الأمراض العقلية والنفسية ، الحوادث ... الخ) .

العلاقات الزوجية بين الوالدين ــ تاريخ الوفاة وأسبابها

(هــ) الإخوة : السن ــ التعليم ــ الاستعداد ــ الاخلاق ــ الميول ــ العادات ــ العمل (المركز، الأجور) ــ الصحة ــ المرض ــ الأمراض النفسية والعقلية

(و) تاريخ الشخص:

١ ــ انمولد : التاريخ والمكان ــــــــــ الولادة طبيعية أو بواسطة الآلات ــــــــــ وضع عسير أو طويل المدة ــــــــــ ولادة طبيعية أو صناعية ــــــــــــــ ٢ ــ النمو : سن التسنين ــ المشي ــ الكلام .

٤ــ العادات (أ) النوم مضطرب أو عادي ــ الأحلام ــ المشي أو الكلام أثناء النوم ــ مخاوف الليل ــ عدد ساعات النوم ــ القيلولة . (ب)

الأكل ـ صعوبات أثناء الطفولة المبكرة ـ الشهية ـ أصناف الاكل ـ ما يحب وما يكره من ألوان ـ الأكل بين الوجبات .
(جـ) البول : ليلا ونهارا ـ أسبابه ـ القدرة علي ضبط المثانة .
(د) العادات السرية : المشاكل الجنسية ـ المعلومات عن الجنس ـ أوجه النشاط والميول المتصلة بذلك ـ الحوادث ذات الأهمية الخاصة .
(هـ) مص الأصابع : قضم الأظافر حركات الوجه أو الأطراف ـ الملازمة ـ التهتهة ـ النظافة الشخصية ـ العناية بالملابس ـ الاغتسال ... الخ .
(٥) الصحة التشنجات عموما (الوصف والظروف) الأمراض وتاريخ الإصابة بها ـ ظهور المرض : مدته ونتائجه (تقارير الاطباء أو المستشفيات) الوزن والطول بالنسبة للمتوسط .
٦ ـ الاستعداد والأخلاق
الطفولة المبكرة والآن ـ صعب الإرضاء ـ سريع الغضب ـ مسالم ـ متشكك ـ عدائي ـ أناني ـ مسيطر ـ موقفه إزاء أهله ورفاقه ـ نوبات الغضب ـ المخاوف ـ الكذب ـ السرقة ـ معاملته للحيوان ـ شعوره بالمسئولية ـ مساعدته في أمور المنزل . الانطواء أو الانبساط
(٧) النظام
أسباب العقاب ومن يقوم به وأثر ذلك علي الطفل (مع تحديد حالات محددة ومعينة)
(٨) اللعب
نوع الألعاب والدمى ـ مقدار الولع بها ـ من يفضل من اقربائه ـ أعمارهم ومميزات سلوكهم ـ هل يكره أحد الجنسين ـ النوادي والميول الرياضية ـ اللعب في المنزل أو خارجه ـ فرص التسلية في المنزل أو مع الأسرة ـ السينما والمسرح والرحلات ـ الهوايات الخاصة مثل الأشغال اليدوية والحياكة وفلاحة البساتين .
(٩) الحياة المدرسة
الروضة أو المدرسة ـ تاريخ الدخول ـ التقدم ـ علاقة الطفل بزملائه
(١٠) العلاقات الاسرية
العلاقات بين أفراد الأسرة . علاقات الأب والأم ـ معاملة الآباء لأطفالهم ـ هل يتشاجرون أو هم أصدقاء ـ تذكر أشكال الغيرة والكراهية ـ موقف الطفل إزاء أعضاء الأسرة الاخرين .
ـ المشاكل الاجتماعية الكبرى ـ خطة التكيف ـ
موجز لتاريخ الحالة باختصار :

____

____

ـ العلاج المقترح ______________________ (مرجع سابق)

سادسا . البحث السيكولوجي

في البحث السيكولوجي يستخدم الاخصائي الاكلينيكي الفنيات الاكلينيكية بالاضافة إلي قيامه بتطبيق الاختبارات النفسية اللازمة وكذلك اختبارات الذكاء والقدرات الخاصة .

وان هذه الاختبارات تعطي صورة تقريبية عن حالة المريض وهي تتعرض لجانب معين في حياته ويراعى في ذلك المعايير الخاصة لتطبيق الاختبارات وعلي ضوء ذلك يضع الأخصائي السيكولوجي التقرير علي النحو التالي : ــ

نموذج رقم (٨)

ثانيا : التقرير السيكولوجي

التاريخ __________ سن الطفل __________

الموقف : تذكر رغبة الطفل في القيام بما يطلب منه ــ الجهد الذي يعمله ــ نشاطة البدني ــ مجرى الحديث ــ أشياء غريبة غير عادية ــ ملاحظة العوامل المؤثرة في نتائج الاختبارات

الأثر العائلي : هل توجد صعوبات لغوية ــ مقدار تعليم الاسرة ــ الميول والمعارف المؤثرة في طراز نمو الطفل العقلي .

تاريخ النمو : النمو البدني ــ الأمراض وأنواع العجز الخاصة ــ الذكاء .

١ ــ الاختبارات

أ ــ الاختبارات اللفظية (العمر العقلي ونسبة الذكاء)

ب ــ الاختبارات غير اللفظية

٢ ــ الميول : في المنزل وفي العيادة

ملخص : ______________________

١ ــ تحديد القدرة العامة (تقدير نتائج الاختبارات علي ضوء الأمور السالفة)

٢ ــ أنواع الكفايات أو النقص الخاصة :

توصيات مثل (الإشارة ببعض التدريب الخاص لتقوية قـــدرات معينـــة أو التخفيف من نقاط ضعف خاصة) يدرس السيكولوجي (موقــف الطفــل) أثناء الاختبارات ويحدد استجابته في إحدى الدرجات الخمـــس لكـل مــن النواحي التالية :

١ ــ الرغبة : The Desire
(أ) يظهر شوقا ملحا إلى التجربة (ب ــ جـ) الموقف السوي : يقــوم بالتجربة لأن القيام بها أمر مناسب (د) يعارض القيام بها معارضــة فعالة

٢ ــ الجهد : The Effort
(أ) يتوفر علي العمل توفرا واضحا . (ب ــ جـ) جهد ســـوي
(د) مهمل مضطرب ــ شارد (هـ) بليد

٣ ــ النشاط البدني (أ) اضطراب ظاهر أو انفعال (ب) فوق السوي ــ كثير الحركة (ب ــ جـ) سوي (د) يؤدي ما يطلبه منه الاختبــار فقط (هـ) متأخر تأخرا ملحوظا

٤ ــ الحديث :
(أ) فوق السوي يتحدث عن موضوعات تلقائيـــة أو ليــس لــها صلــة بالموضوع (ب ــ جـ) سوي ــ يحسن الحديــث (د) لا يتحــدث حديثا تلقائيا (هـ) لا يجيب الا بعد تحريض كثير أو لا يجيب ألبتــة
٥ ــ الانتباه
(أ ــ ب) متوفر علي الاختبارات ــ قليل الانتباه للعوامل الخارجية التـــي تستوجب الانتباه عادة .
(ب ــ جـ) سوي ــ يمكن أن تجذب انتباهه أمور أخري ولكن ليس إلــى الحد الذي يفسد كفايته للقيام بالاختبار (جـ) يشـــرد ذهنـــه للعوامــل العارضة أو الافكار الخاصة فيعلق عليها أثناء الفحص ثم يعود انتباهه إلــى الاختبار
(د) شارد الذهن :
من العسير أن ينتبه إلى التجارب . دائم الذكر لأمور خاصة به .

٦ ــ فهم التعليمات
(أ ــ ب) يفهم طريقة القيام بالاختبار المطلوب قبل أن تنتهي من إلقاء التعليمات العادية عليه .
(ب ــ جـ) لا يتطلب أكثر من التعليمات العادية
(جـ) يفهم الافكار بعد قليل من الشرح الاضافي
(د) لا يفهم التعليمات إلا بعد توضيح خاص كثيرا أو لا يفهمها إطلاقا

سابعا .الطب النفسي

كان الطب النفسي قاصرا علي معالجة المرضى العقليين وذلك من الناحية الطبية البحتة ولكن في العصر الحديث بدأ الطب النفسي يهتم بالاضطرابات النفسية والعقلية علي حد سواء وقد درس الطب النفسي الحديث الاضطرابات النفسية والعقلية من ناحيتين .

١ ــ عضوي وذلك من حيث التشريح وظيفيا كأساس لما يصدر عن ذلك من الأمراض النفسية والعقلية من أخطاء السلوك .
٢ ــ الديناميكية وذلك لأن الاضطرابات النفسية والعقلية ترجع إلى اضطراب في الوجدان والغريزة ويقوم الطبيب النفسي بدراسة الحالة علي ضوء المنهج الآتي :

نموذج رقم (٩)

منهج الطب النفسي
١ ــ الحالة ____________ ٢ ــ المشكلة ____________
٣ ــ التاريخ الشخصي ____________ ٤ ــ الطفولة المبكرة _____
(تاريخ ميلاد الطفل ومكانه ــ حالة الوالدين الاقتصادية ومركزهما الاجتماعي ــ حالة الأم خلال مدة الحمل ــ ظروف الوضع ــ هل كانت الطفولة المبكرة والطفولة المتأخرة عادية .
٥ ــ الأمراض والحوادث
الصحة العامة ____________ أمراض الطفولة والاهتمام بها _____
العمليات الجراحية : يذكر التاريخ ونوع العملية .
النوبات : الإغماء ــ اللازمات العصبية . أو التهافت العصبي .
٦ ــ ردود الافعال الملازمة :
هل الطفل ضعيف ، حساس محب للضوضاء ؟ تاريخ ضبط المثانة . هل هو مصاب بالبوال ؟ يذكر متي تغلب علي ذلك ومصدر تكراره ؟ وماذا اتخذ

لعلاجه ؟ أي المظاهر العصبية العامة تبدو عليه : مص الأصابع العصبي ، قضم الاظافر ، نزوات الطفل فيما يتعلق بالطعام وعادات تناوله

٧ ــ المدرسة :

تاريخ الالتحاق ، المواظبة في المدرسة ، الفصل الذي وصل اليه .

٨ ــ التكوين النفسي البيولوجي : تبحث ردود الطفل العادية (العقلية والبدنية) علي بيئته . ومطالب المجتمع منه . محاولة تعيين خصائص شخصية الطفل بملاحظة العوامل والصفات العامة.

(أ) الاستعداد : أهو صريح واضح أم متحفظ معلق ؟ هل يميل الي التحدث عن نفسه والتخفيف من مشاغله ؟ أيشعر بأهمية نفسه وثقته ؟ (ب) المزاج : مرح متفائل ، أم مهموم متشائم ينظر الي الجانب السيئ من الحياة . فترات الانقباض أو الإشراق دون سبب ظاهر ، ردود أفعاله الوجدانية إزاء النجاح أو المناسبات السارة .

(جـ) المصاعب الغريزية : تاريخ حصوله علي المعلومات الجنسية وظروف ذلك ، الأخطاء في نمو الغريزة الجنسية، عادات الإخراج .

(د) العقلية : نتائج الاختبارات ، أقوال الأهل ، المعلومات العامة .

(هـ) التوافق : هل يجيد التعامل مع غيره ؟ محب للتجمع أو يميل إلى الاستقلال بنفسه . خجول أناني ، طيب القلب .

ويذكر في التشخيص الطبي النفسي الكفايات الخاصة (الآلية المنزلية ، العملية، الموسيقية ، المهارة اليدوية ، الألعاب الرياضية ... الخ)

وفي التشخيص الطبي النفسي ليس المهم تعداد الأعراض والصفات بل الحصول علي . (صورة ديناميكية لشخصية المريض) والوقوف علي العوامل الفعالة المؤدية لشكواه ، وتقدير ما يرجى في شفاء حالته (التنبؤ المستقبلى) ــــــــــــــــــــــ

ــــــــــ (مرجع سابق)

بعد هذا العرض نكون قد ألقينا الضوء علي الفنيات المستخدمة للعاملين في مجال علم النفس الإكلينيكي واستخدام هذه الفنيات يساعد الأخصائي الإكلينيكي علي أداء عمله بصورة مرضية ومهارة فائقة ونتطرق بعد ذلك إلى القياس النفسي والاختبارات النفسية .

الفصل السادس

الاختبارات والمقاييس النفسية

أولا ـ تعريف الاختبار النفسي

ثانيا ـ أهمية الاختبارات النفسية

ثالثا ـ عيوب الاختبارات

رابعا ـ أنواع الاختبارات والمقاييس

١ ـ اختبارات الذكاء

٢ ـ مقاييس الكفاءة العقلية

٣ ـ اختبارات ومقاييس الشخصية

٤ ـ الاختبارات الإسقاطية

٥ ـ اختبارات الميول

٦ ـ اختبارات القيم

٧ ـ اختبارات ومقاييس الاتجاهات

٨ ـ اختبارات ومقاييس أخري في المجال الإكلينيكي

٩ ـ اختبارات التوافق

١٠ ـ مقاييس الصحة النفسية

الفصل السادس
الاختبارات والمقاييس النفسية

المقاييس النفسية واستخداماتها

أولا ـ تعريف الاختبار النفسي

الاختبار النفسي هو أداة للحصول علي عينة من سلوك الفرد في موقف مقنن . وبالتالي يمكن تقييم الملاحظة المضبوطة للسلوك وتقيمها تقيما موحدا .

لذلك فالاختبار له فوائد ومزايا قد لا توجد في المقابلة أو دراسة الحالة.

وعلي الرغم من أنه توجد تيارات علمية ومدارس أيضا تعارض الاستعانة بالاختبارات النفسية لما بها من قصور ويرجع هذا القصور إلى اعتبارات كثيرة علي سبيل المثال التقنين والموضوعية واستجابة المفحوص للاختبارات إلا أنه هناك مدارس توصي وبشدة في استخدام الاختبارات في معظم المجالات ويكون الاختبار هو الخطوة الأولى للحصول علي عمل أو لدخول مدرسة أو البدء في دورة تدريبية .

وعلي اختلاف الآراء في المجال الإكلينيكي في الاستفادة من الاختبارات فكانت الإكلينيكية المسلحة هي التوفيق بين الاستفادة من الاختبارات ومراعاة التقييم النفسي المعتمد علي الملاحظة والخبرة الإكلينيكية لكي تصل إلى تشخيص واقعي ويعبر عن الحالة بصدق .

ثانيا ـ أهمية الاختبارات

لكل اختبار من الاختبارات النفسية أهمية يتميز بها عن غيره من الاختبارات وتعددت الأهمية بتنوع الاختبارات الموجودة . فتوجد اختبارات تقيس الذكاء واختبارات للشخصية واختبارات للقدرات والميول وأنواع أخرى متعددة من الاختبارات سترد فيما بعد .

ومن أهم مزايا هذه الاختبارات ما يلي :

١ ـ تعتبر الاختبارات أوضح وأسرع وسيلة للكشف عن الشخصية .

٢ ـ تعتبر الاختبارات أكثر موضوعية إذا قورنت بغيرها من الوسائل.

٣ ـ تساعد في إعطاء تقدير كمي وكيفي لشخصية الفرد وكذلك قدراته واستعداداته مما يساعد في تحديد التشخيص وطريقة العلاج .
٤ ـ تساعد في قياس مدى التقدم أو التغير الذي طرأ علي الحالة .
٥ ـ تستخدم في تقييم العلاج ودراسة النمو والتغييرات التي تطرأ علي الحالة .
٦ ـ تمهد لاستخدام وسائل أخرى لمساعدة المريض مثل المقابلة وتاريخ الحالة .
٧ ـ يستفيد المعالج أثناء تطبيق الاختبارات من ملاحظة سلوك المريض ومدى اقباله أو رفضه أو تركه لبعض التغيرات .

ثالثا . عيوب الاختبارات

بالرغم من أن للاختبارات مزايا وأهمية فإن لها أيضا عيوباً نذكر منها.
١ ـ بعض الخصائص النفسية التي تقيسها الاختبارات لا يزال غير واضح وغير محدد .
٢ ـ قد تعطي الاختبارات صفات للأفراد وتظل ملازمة لهم مما قد يحدث أثراً ضاراً فيما بعد .
٣ ـ قد تقلل من إمكانية الاتصال الاجتماعي في العملية العلاجية .
٤ ـ قد يكون بها أوجه لقصور في تقنينها وإعدادها .
٥ ـ قد يساء تفسير الدرجات ويعتقد البعض أن الرقم له معنى يختلف عن معناه الحقيقي .
٦ ـ أحيانا ينبهر بعض الأخصائيين ويجرونها كهدف في حد ذاته أو بطريقة روتينية وبدون هدف محدد . (عطوف ياسين ١٩٨٧)

بعد هذا العرض عن أهمية ومزايا وعيوب الاختبارات والمقاييس نتناول البدايات الأولى لظهور الاختبارات ويرجع الفضل إلى العالمين بينه وسيمون (Binet & Simon) فى القيام بأول محاولة رائدة في وضع اختبار لطلبة المدارس الابتدائية في باريس لوجود أطفال متخلفين عقليا بينهم .

ثم جاء اختبار الرورشاخ Rorchach نتيجة لاستبصار الطبيب النفسي السويسري " هنري رورشاخ " وبما أوردهـ المرضى النفسانيون رما توحي لهم بقع الحبر فحينما يواجه الفرد بموقف غامض كبقع الحبر

غير المتشكلة فانه سيستجيب وفقا لحاجاته الداخلية واتجاهاته وأسلوبه وادراكه للعالم بعد إثارة ملكة التخيل عنده .

ثم ظهر اختبار منيسوتا في العقد الرابع للقرن العشرين علي يد " هاثواي وماكنلي" وهو اختبار يقيس عشرة أبعاد في الشخصية ويتكون من ٥٧٠ عبارة .

وظهر أيضا اختبار تفهم الموضوع وهو اختبار إسقاطي ثم اختبار وكسلر لقياس الذكاء وتعددت الاختبارات وتنوعت تبعا لاستخدامها وسيرد شرح ذلك بالتفصيل .

رابعا .أنواع الاختبارات والمقاييس النفسية

توجد عدة أنواع للاختبارات النفسية والمقاييس كل اختبار أو مقياس له وظيفة معينة وسوف نحدد بعض الأنواع الخاصة بالاختبارات فيما يلي:

١ ــ اختبارات الذكاء بأنواعها المختلفة من حيث المادة وطريقة الأداء
٢ ــ اختبارات ومقاييس القدرات العقلية والاستعداد .
٣ ــ اختبارات التحصيل الدراسي بأنواعها التشخيصية والتنبؤية والتدريبية.
٤ ــ اختبارات ومقاييس الشخصية بأنواعها من استفتاءات ومقاييس تقدير واختبارات إسقاطية .
٥ ــ اختبارات الميول .
٦ ــ اختبارات القيم .
٧ ــ اختبارات ومقاييس الاتجاهات .
٨ ــ اختبارات التوافق .
٩ ــ اختبارات ومقاييس الصحة النفسية .
١٠ ــ اختبارات الإرشاد النفسي .
١١ ــ اختبارات ومقاييس أخرى .

وسوف نتطرق لكل نوع من هذه الأنواع بالشرح والتفصيل مراعين في ذلك أهمية الاختبار الذي يخدم الهدف من تطبيقه وأيضا بناء على مدى انتشاره وهذه الاختبارات تتنوع فمنها الاختبارات التحريرية " أو اختبارات الورقة والقلم " ومنها الاختبارات اللفظية وغير اللفظية والاختبارات العملية " اختبارات الأداء والأجهزة " والاختبارات الجماعية ، والفردية . واختبارات السرعة واختبارات القوة واختبارات الأداء العادي ... الخ .

١ ـ اختبارات الذكاء

يهتم المشتغلون في مجال علم النفس الإكلينيكي ومعرفة السلوك البشري بقياس الذكاء ودراسة السلوك الذكي . وتعتبر اختبارات الذكاء مقاييس لعينات من مظاهر الحياة العقلية المعرفية العامة . ويوجد من اختبارات الذكاء ما هو يتكون من فقرات تقيس القدرة علي إدراك العلاقات ومنها ما يتكون من وحدات تقيس القدرة علي حل المشكلات وتكون اختبارات الذكاء في صور عديدة فمنها ما هو فردي والآخر جماعي وبعضها لفظي وبعضها مصور ، وبعضها تحريري والأخر عملي .

وسوف نتطرق إلى اختبارات ومقاييس الذكاء المتوفرة والموجودة في الوطن العربي حتى نلقي الضوء عليها بالشرح والتفصيل وطريقة تطبيق الاختبار ومعايير وطريقة التصحيح والفائدة المرجوة من الاختبار وذلك للمتوفر لدينا من اختبارات وسوف نشير بصورة مبسطة للاختبارات الأقل استخداما .

١ ـ اختبار ستانفورد ـ بينية للذكاء

وضع هذا الاختبار الفريد بينيه (A.Binet) وراجعة تيرمان وميريل) Terman & Merril) وعربه وعدّله إسماعيل القباني كذلك اقتبسه وأعده محمد عبد السلام أحمد ولويس كامل مليكه .

وهو مقياس عالمي يناسب كل الأعمار من عامين إلى الراشد والمتفوق ويستغرق حوالي ساعة في التطبيق .

وهذا الاختبار عبارة عن مقياس للعمر العقلي وبنوده مرتبة وفقا لمستويات السن من سن سنتين إلى الراشد المتفوق . علي الرغم من أن الاختبار يستخدم أحيانا للكبار إلا أنه يعتبر أولا اختباراً للأطفال .

ويعتبر مقياس ستانفورد ـ بينه عادة بأنه مقياس لفظي مدرج للذكاء، لأن حسن الأداء فيه يحتاج إلى مهارات لغوية والمقياس مشبع بدرجة كبيرة بالعوامل اللغوية . ولذلك فهو غير ملائم للأطفال الذين نشئوا في بيئات يستخدم فيها اللغات الأجنبية ، والأطفال المصابين بنقص في الكلام ، أو الذين لم يتعرضوا لاستثارة لفظية كافية . ومع ذلك فهو كمؤثر للأداء المدرسي ـ الذي هو نفسه لفظي إلى حد كبيرـ ملائم جدا لما يتضمنه من توكيد علي البنود اللغوية .

عند تطبيق الاختبار علي أي فرد . يجب علينا أن نحدد أولا المستوى الذي نبدأ به ، فعلينا أن نعرف " عمره الزمني ، ومستواه الدراسي " .

تقييم اختبار بينيه

١ ـ يعطي الاختبار تحديداً للعمر العقلي ونسبة الذكاء ولا يعطي إلا تقديـرا عاما للذكاء العام أو ما يسمي بالعامل العام " ع " وبالتالي لا نستطيع الكشف عن الوظائف العقلية المختلفة عند الفـرد كـالقدرة اللغويـة والذاكرة والقدرة الرياضية .

٢ ـ لا نستطيع تطبيق الاختبار مع الصم والبكم لما للاختبار مـن فقـرات لفظية التي تتأثر إلى حد كبير بالخبرات المدرسة .

٣ ـ الأسئلة المتشابهة غير مجمعة معا مما يتطلب وقتا طويلا في التطبيق نظرا لتكرار نفس التعليمات . ويرجع هذا إلى أسلوب تكوين المقياس وأن بعض الأسئلة تصحح علي أنها فشل تام رغم الإجابة الجزئيـة عنها كما في أسئلة المتاهات .

ولكن بالرغم مما يوجه إلى مقاييس بينيه من نقد فإنها كـانت ومـا تزال المعيار الذي تقنن عليه المقاييس والاختبارات الأخرى ـ فضلا عـن دوام استخدامها مع ما ظهر من مقاييس واختبارات .

ثانيا : مقياس ويكسلر لقياس الذكاء

قام ويكسلر بوضع ثلاثة اختبارات لقياس الذكاء .

١ ـ اختبار الذكاء للأطفال السن (٥ ـ ١٥)

W.C.I.S.Wechsler Children Intelligence Scale.

٢ ـ اختبار الذكاء للراشدين السن (١٦ ـ فما فوق)

W.A.I.S.Wechsler Adult Intelligence Scale

٣ ـ اختبار الأطفال ما قبل المدرسة الابتدائية السن (٤ ـ ٦)

Preschool and Primary Scale Of Intelligence

وسوف نتناول نوعين من هذه الاختبارات بالشرح والتفصيل وهما :

١ ـ مقياس ويكسلر ـ بلفيو للأطفال W. C. I. S.

نشر مقياس ويكسلر ـ بلفيو لذكاء الأطفال عام ١٩٤٩ وترجمه إلي العربية وأعده محمد عماد الدين إسماعيل ولويس كامل مليكـة ويتضمـن اختبارات لفظية واختبارات عملية .

والاختبارات اللفظية تقيس المعلومـات العامـة ـ الفـهم العـام ـ الحساب ـ المتشابهات ـ المفردات ـ سلاسل الأعداد .

والاختبارات العملية تقيس تكميل الصور ـ ترتيب الصور ـ رسوم المكعبات ـ تجميع الأشياء ـ الشفرة ـ المتاهات .

ويستطيع الفاحص أن يستخرج نسبة ذكاء لفظية من الاختبارات اللفظية ونسبة ذكاء عملية من الاختبارات العملية ، وكذلك نسبة ذكاء كليه من الاثنين .

ويناسب الاختبار الأعمار من سن ٥ ـ ١٥ سنه ويستغرق في تطبيقه حوالي ساعة .

وقد أجري تعديل علي الاختبار واختصر الاختبار إلي ١٠ اختبارات وحذف اختباران هما اختبار إعادة الأرقام من الجزء اللفظي واختبار المتاهات من الجزء العملي .

فئات الذكاء ونسبتها المئوية

جدول رقم (١)

" ويكسلر ـ بلفيو " نسب الذكاء

الفئة	نسبة الذكاء	النسبة المئوية
الأذكياء المتفوقون جدا VerySuperior	١٢٨ فأكثر	٧ ر ٦
الأذكياء المتفوقون Superior	١٢٧ ـ ١٢٠	١ ر ١٦
العاديين الأذكياء Bright - Normal	١١٩ـ١١١	ـ ر ٥٠
المتوسطون Average	١١٠ ـ ٩١	١ ر ١٦
العاديون الأغبياء Dull – Normal	٩٠ ـ ٨٠	٧ ر ٦
حالات هامشية Borderline	٧٩ ـ ٦٦	٢ ر ٢
ضعاف العقول Defective	٦٥ فأقل	

٢ ـ مقياس ويكسلر بلفيو لذكاء المراهقين والراشدين

الاختبار من تأليف ويكسلر اقتباس وإعداد لويس كامل مليكة والاختبار يناسب الأعمار من ١٥ ـ ٦٠ سنة ويستغرق حوالي ساعة في تطبيقه .

ويشتمل المقياس علي الدليل ، كراسة التعليمات ، كراسة الإجابة، مظروف يشتمل علي قائمة المفردات كتيب به بطاقات تكميل الصورة "١٥" والفقرتين الأخيرتين رقم ٩ ـ ١٠ من فقرات اختبار الاستدلال الحسابي ، سبعة مظاريف يحتوي كل منها علي بطاقات فقرة من فقرات اختبار ترتيب الصور " العش ـ المنزل ـ امسك حرامي ـ السفر ـ الفكهاني ـ تاكسي ـ سمك " مظروف به تسع بطاقات لرسوم المكعبات علبة بها ١٦ مكعبا ملونا ، ثلاث علب بكل منها قطع فقرة من فقرات تجميع الاشياء " الصبي ، الوجه ، واليد " وهذه المواد السابقة موضوعة في علبه كبيرة من الكرتون المقوي ، ويستطيع الأخصائي المؤهل الحصول علي هذه المواد من مكتبة النهضة المصرية ٩ ش عدلي القاهرة. وعلي الفاحص تدبير ساعة إيقاف وقلمي رصاص بدون ممحاة لا ختبار رموز الأرقام (لويس مليكة ١٩٩١).

بنية المقياس

يتكون المقياس من أحد عشر اختبارا فرعيا ، ستة منها لفظية : المعلومات العامة ، الفهم العام ، إعادة الأرقام ، المتشابهات ، الحساب والمفردات والخمسة الأخري عملية أو أدائية وهي ترتيب الصور ، تكميل الصور ، رسوم المكعبات تجميع الأشياء ورموز الأرقام .

الدلالة الاكلينيكية لمقياس ويكسلر ـ بلفيو لذكاء الراشدين والمراهقين.

أوضح العالم فريمان الدلالة الاكلينيكة للمقياس في الآتي :

١ ـ قياس نسبة الذكاء

٢ ـ قياس نسبة الذكاء اللفظية بالمقارنة بنسبة الذكاء العلمية .

٣ ـ قياس التشتت والتباين بين درجات الاختبارات

ويعني ذلك وجود فوارق واضحة في نتائج الاختبار وللأخصائي المتمرس الراغب في المزيد من المعلومات مراجعة دليل المقياس إعداد (لويس كامل مليكة ١٩٩١) الناشر مكتبة النهضة المصرية ، القاهرة.

٣ـ اختبار المصفوفات المتتابعة

تأليف رافن Raven إعداد مصطفي فهمي وفؤاد أبو حطب وحامد زهران وعلي خضر ويوسف محمود ويناسب الأطفال والشباب والكبار ويستغرق حوالي ساعة .

يتكون الاختبار من (٥) خمس مجموعات من المصفوفات المتتابعة القابلية وهو اختبار غير لغوي لقابلية الفرد الحالية ونشاطه العقلي.

وتوجد اختبارات عديدة تقيس الذكاء سوف نتطرق إليها بإيجاز شديد لمن يريد الاستعانة بها .

١ ـ اختبار الاستعداد

إعداد مصطفي فهمي ويتكون من اختبارات فرعية تقيس فهم معاني الكلمات المفردة ، وفهم معاني العبارات والمعلومات العامة والمزاوجة والإمداد ، والتقليد . ويصلح لتلاميذ الصف الأول الابتدائي " عمر ٦ سنوات" .

٢ ـ اختبار الذكاء الابتدائي

إعداد إسماعيل القباني . ويتكون من قسمين متكافئين ويناسب الأعمار من ٧ ـ ١٥ سنة ويستغرق حوالي ساعة ونصف " للقسمين ".

٣ ـ اختبار عين شمس للذكاء الابتدائي

إعداد عبد العزيز القوصي وهدي برادة . وحامد زهران ويناسب الأعمار من ٧ ـ ١٢ سنة ويستغرق حوالي ساعة .

٤ ـ اختبار القدرة العامة للابتدائي

إعداد إدارة البحوث الفنية بوزارة التربية والتعليم في مصر .

٥ ـ اختبار رسم الرجل

وضع العالمة جود انف Goodenough إعداد مصطفي فهمي ومصطفي سويف في مصر وعبد السلام عبد الغفار في لبنان وفؤاد أبو حطب وآخرين في المملكة العربية السعودية ويناسب الأعمار من ٦ ـ ١٢ سنة .

٦ ـ اختبار الذكاء المصور للأطفال

اقتباس إسماعيل القباني ويتكون من تسعة اختبارات فرعية عن التعليمات والملاحظة العادية ، وتمييز الجمل ، والأشياء المقترنة ، وتمييز

الحجم ، وأجزاء الصور ، وتكميل الصور ، والقصص المصورة ، والرسوم بالنقط .

٧ ــ اختبار الذكاء الإعدادي

إعداد السيد محمد خيري . ويناسب الأعمار من ١٠ الي ١٧ سنة ويستغرق نصف ساعة .

٨ ــ اختبار الذكاء العام للمرحلة الإعدادية

إعداد إدارة البحوث الفنية بوزارة التربية والتعليم في مصر ويشتمل علي ثلاثة اختبارات فرعية تقيس القدرة اللغوية والقدرة العددية والعلاقة بين الأشكال ويستغرق حوالي ٤٥ دقيقة .

٩ ــ اختبار الذكاء الثانوي

عمل إسماعيل القباني ويناسب الأعمار من ١٢ ــ ١٨ سنة ويستغرق ٤٠ دقيقة .

١٠ ــ اختبار الذكاء العام للمرحلة الثانوية

إعداد إدارة البحوث الفنية بوزارة التربية والتعليم في مصر . ويشتمل علي أربعة اختبارات فرعية تقيس القدرة اللغوية والقدرة العددية والقدرة علي التفكير، والقدرة علي التصور المكاني ويستغرق حوالي ٤٥ دقيقة .

١١ ــ اختبار ذكاء الشباب اللفظي

تأليف حامد زهران ويناسب المرحلتين الإعدادية والثانوية ويستغرق نصف ساعة .

١٢ ــ اختبار ذكاء الشباب المصور

تأليف حامد زهران ريناسب المرحلتين الإعدادية والثانوية ويستغرق نصف ساعة .

١٣ ــ اختبار الذكاء المصور

اعداد أحمد زكي صالح ويناسب الأعمار من ٨ ــ ١٧ سنة ويستغرق (١٠) دقائق .

١٤ ــ اختبار الذكاء غير اللفظي

اقتباس وإعداد عطية محمود هنا ويناسب الأعمار من ٦ ــ ١٦ سنة ويستغرق نصف ساعة .

١٥ ــ اختبار ذكاء العميان وضعاف البصر

إعداد حامد زهران وفتحي عبد الرحيم ويناسب الأطفال والشباب في المراحل الابتدائية والاعدادية والثانوية .

١٦ ــ اختبار الزمالك للذكاء

تأليف محمد كامل النحاس ويحتوي علي اختبارات فرعية عن التكميل، والتناسب ، والتصنيف والرموز والاستدلال ويستغرق (٢٠) دقيقة .

١٧ ــ اختبار القدرة العقلية العامة

إعداد أحمد عبد العزيز سلامة ويتكون من صورتين متكافئتين (أ ، ب) .

١٨ ــ اختبار كاتيل للذكاء

إعداد أحمد عبد العزيز سلامة وعبد السلام عبد الغفار ويناسب الشباب في المرحلة الإعدادية والثانوية .

١٩ ــ اختبار الاستعداد العقلي للمرحلة الثانوية والجامعات

إعداد رمزية الغريب ، وينقسم إلى خمسة أقسام تمثل القدرات العقلية الأساسية في السلوك الذكي وهي اليقظة العقلية ، والقدرة علي إدراك العلاقات المكانية ، والتفكير المنطقي أو التفكير الرياضي والقدرة علي فهم الرموز اللغوية .

٢٠ ــ اختبار الذكاء العالي

إعداد السيد محمد خيري . ويناسب المرحلة الجامعية ويستغرق نصف ساعة .

٢١ ــ اختبار الذكاء العام والقدرة على حل المشكلات

تأليف ديفز وايلز ، إعداد وتمصير مصطفى فهمي ومحمد عماد الدين إسماعيل وحلمي المليجي .

٢٢ ــ مقياس الذكاء الاجتماعي

اقتباس وإعداد محمد عماد الدين اسماعيل وسيد مرسـي ويشـتمل علي اختبارين فرعيين الأول : يقيس القدرة علي التصرف فـي المواقـف الاجتماعية ، والثاني يتناول الحكم على السلوك الإنساني ويصلح للثانويـة العامة وما بعدها . ويستغرق حوالي نصف ساعة .

٢ ــ قياس الكفاءة العقلية

لقياس الكفاءة العقلية أهمية بالنسبة للأخصـائي الإكلينيكـي وذلـك لسببين .

١ ــ معرفة مقدار التدهور العقلي الذي حدث للمريض وهل يوجد ما يـدل علي وجود إصابة في الدماغ أم لا .

٢ ــ إمكانية التخطيط برنامج علاجي علي أساس معرفة إمكانيات المريض العقلية .

وتوجد عدة اختبارات لقياس الكفاء العقلية أو معرفة التدهور العقلـي للمريض وهي :

١ ــ مقياس ويكسلر بلفيو للذكاء وقد سبق شرحه في اختبارات الذكـاء إلا أن الاختبار من مزاياه أنه يقيس مدى التدهور العقلي للحالة وللمزيد من المعلومات يمكن الرجوع إلي (مليكة ١٩٩١) دليل الاختبار .

٢ ــ توجد اختبارات لم تنقل إلى العربية ولم يكن هناك تقنيين وترجمة لها نذكر منها :

أ ــ مقياس بابكوك ليفي . لقياس الكفاء العقلية (The Babcok–levy) ومعدل الكفاءة في هذا المقياس هو فرق الدرجة بين اختبار المفردات فـي مقياس ستانفورد بينيه وبين تسعة اختبارات مقسـمة إلـى ثـلاث مجموعات

المجموعة الأولـي تقيس الذاكرة ــ والمجموعة الثانية تقيس التعلـم ــ والمجموعة الثالثة تقيس القدرة الحركية

ب ــ اختبار هنت مينسوتا Hunt – Minnesota الذي وضعه هـوارد هنـت Haword F Hunt . وهو مكون من اختبار المفردات فـي سـتانفورد بينية الذي لا يتأثر عادة بإصابات الدماغ ، وتسعة اختبارات أخـري بين بين وستة اختبارات تتأثر بشدة بأية إصابات في الدماغ .

جـ ــ اختبار هاينيز فرنر Heinz Werner وألفـرد شـتراوس . Alfred A Strawss ووضع للاطفال المصابين في أدمغتهم. وهذا الاختبار عبـارة عن لوحة بها ١٠٠ ثقب مرتبة في ١٠ صفوف وقد وضع في هـذه

الثقوب ١٠٠ بلية بنفس الحجم . لتكون شكلا علي هذه الارضية . ثم يعطي الطفل لوحة أخرى بها نفس الثقوب ثم يعطى البلي ويطلب منه أن يضع البلي في الثقوب المخصصة له ليضع لوحة كتلك التي أمامه.

تبين أن الاطفال المصابين بتلف في الدماغ لا يستطيعون التمييز بين الشكل والأرضية ويضعون البلي بشكل عشوائي . وذلك بعكس الأطفال الأسوياء . بل وحتي الاطفال المتخلفين عقليا ولكنهم غير مصابين بتلف في الدماغ .

د ـ اختبار جراس (Grassi Black Substitution) وهو اختبار مكعبات، ويتكون من خمسة تصميميات تعرض على المفحوص ويطلب منه بناء عشرين شكلا ، أي يؤلف من كل تصميم أربعة اشكال ، ويمثل أولها أداء عيانيا بسيطا والثاني أداء عيانيا معقدا والثالث أداء مجردا بسيطا والرابع أداء مجردا معقدا . وينبني تحليل الاختبار علي أساس الوقت والدقة والمستوي العقلي والدرجة النهائية في هذا الاختبار ٣٠ ومن يحصل علي ٢٠ درجة فما فوق يكنْ غير مصاب بأي تلف في الدماغ .

يوجد اختباران آخران نقلا إلى العربية وهما :

١ ـ اختبار الجشطلت البصري الحركي " بندر جشطلت "

والاختبار عبارة عن تسعة أشكال بسيطة ويطلب من المفحوص نقلها. ويتخذ الاختبار مما يطرأ علي عملية نقل الأشكال تحريف وسيلة للكشف عن شخصية المفحوص وما قد يكون لديه من اضطرابات نفسية أو اصابات عضوية في المخ وقد قام بإعداده دكتور مصطفي فهمي ودكتور سيد محمد غنيم وللمزيد من المعلومات دليل الاختبار منشور لدى النهضة العربية . ش عبد الخالق ثروت القاهرة .

٢ ـ إختبار الحفاظ البصري

د . آرثر بنتون إعداد الدكتور طه أمير طه دليل الاختبار قام بنشره دار القلم للنشر والتوزيع الكويت ١٩٨٩ م .

واختبار الحفاظ البصري هو أداة بحثية وإكلينيكية لتقدير الاحتفاظ البصري والذاكرة البصرية والقدرة علي التركيز البصري .

يتكون الاختبار من ثلاث مجموعات بديلة " أ ، ب ، جـ " كل مجموعة تتكون من عشرة تصميمات أو صيغ وفي كل تصميم عشرة

أشكال. يستغرق تطبيق كل مجموعة حوالي عشـرة دقـائق ، ويمكـن أن يطبق الاختبار بعدة طرق " راجع الدليل " .

٣ ــ اختبارات ومقاييس الشخصية

لدراسة الشخصية وتقيمها أدوات تشخيصية يسـتخدمها الأخصـائي النفسي الإكلينيكي وتعتبر من أبرز مهام الأخصائي لأنها تكون مفيدة وتأتي في المرتبة الثانية من حيث الأهمية والضرورة .

والمقاييس الخاصة بقياس الشخصية تتسم بنوع من الثبات لأن كـل شخصية لها سمات محددة تجعل الفرد يسلك بطريقة متشابهة في مختلـف المواقف . وهذه السمات تتسم بالاستمرارية إلي حد ما . وتحاول المقاييس الكشف عن مقدار هذه السمات في الشخصية الأمر الـذي يسـاعد علـي التشخيص والتنبؤ بالسلوك .

وتوجد مقاييس كثير ومتنوعة تخدم هدف قياس الشخصية وسـوف نركز علي المقاييس التي نقلت إلى العربية وأجريت عليها دراسات بغـرض تقنينها لكي يكون هناك فائدة من هذه المقاييس في العمل الإكلينيكي .

١ ــ اختبار الشخصية المتعدد الأوجه M.M.P.I.

تعريف الاختبار

اختبار الشخصية المتعدد الأوجه واحد من استبيانات التقرير الذاتـي Self - Report Inventory والذي تتمثل صورة مبكرة منه في صحيفة البيانات الشخصية Personal Data Sheet التي أعدها وودورث في الحرب العالميـة الأولى للفرز السريع لمن يصلحون بسبب عصابيتهم للخدمـة العسـكرية ، وتتكون من عدد من الاسئلة تدور حـول الأعـراض العصابيـة الشـائعة ويطلب من المفحوص أن يقرر ما إذا كانت تنطبق عليه أم لا .

والاختبار يفيد بوصفه أداة للتقويم الإكلينيكي ، يقدم صور متكاملـة عن الجوانب المتعددة في شخصية المريض تتمثـل فـي درجـات علـى المقاييس المختلفة التي يتكون منها الاختبار والتي يمكن رسمها في صورة صفحة نفسية ، فيتيسر بذلك تحليل القوى النسبية للأوجه المختلفة .

يضم الاختبار في صورته الفردية ٥٥٠ فقرة أضيفت اليها ١٦ فقـرة مكررة في الصورة الجمعية وفي ورقة الاجابة . وتغطي فقـرات الاختبـار مدى واسعا من الموضوعات وتتناول الجوانب المختلفة في الشخصية مثـل الصحة العامة والنواحي الصحية الخاصة بما فيها أجهزة الجسم المختلفة . العادات العائلية الزواج ، المهنة ، التعليم ، الاتجاهات الجنسية والاجتماعية

والدينية والسياسية والنزعات السادية والمازوكية ، والهواجس والهلاوس والمخاوف المرضية ، والحالات الانفعالية المختلفة بما فيها حالات الاكتئاب، الحالات الوسواسية والقهرية ، الروح المعنوية ، وما يتصل بالذكورة والأنوثة واتجاه المفحوص نحو الاختبار .

وقد صنفت هذه الفقرات في أربعة مقاييس صدق مع رموزها .

١ ــ عدم الاجابة (؟)
٢ ــ الكذب (ل)
٣ ــ الخطأ أو التواتر (ف)
٤ ــ التصحيح (ك)

وعشرة مقاييس إكلينيكية مع رموزها كالتالي : ــ

١ ــ توهم المرض " هــ س "	Hypochondriasis
٢ ــ الاكتئاب " د "	Depression
٣ ــ الهستيريا " هــ ى "	Hysteria
٤ ــ الانحراف السيكوباتي " ب د "	Psychopathic Deviation
٥ ــ الذكورة ــ الأنوثة " م ف "	Masculinity – Femininity
٦ ــ البارنويا " ب أ "	Paranoia
٧ ــ السيكاثينيا " ب ت "	Psychasthenia
٨ ــ الفصام " س ك "	Schizophrenia
٩ ــ الهوس الخفيف " م ف "	Hypomania
١٠ ــ الانطواء الاجتماعي " س ى "	Social Introversion

وللمزيد من الايضاحات حول تطبيق الاختبار وتصحيحه لمن يريد الاستزادة الرجوع إلى دليل الاختبار إعداد الدكتور(لويس كامل مليكة الناشر المؤلف عام ١٩٩٠ م ، القاهرة) .

ونذكر هنا أن اختبار الشخصية المتعدد الأوجه قد تم تقنينه وعمله بطريقة اليكترونية الجزء الثاني من الاختبار بواسطة الدكتور / عبد الله السيد عسكر ، وتم نشره في مكتبة الأنجلو المصرية ١٦٥ شارع محمد فريد القاهرة ، مصر ، لمن يريد الاطلاع الحديث .

٢ ــ اختبار الشخصية المتعدد الأوجه ــ الصيغة المختصرة مقنن على البيئة السعودية

تعريف الاختبار

الصيغة المختصرة من اختبار الشخصية المتعدد الأوجه هو اختبار لقياس أبعاد الشخصية المختلفة قام بتطويره في الولايات المتحدة كيكانون Kincanon سنه ١٩٦٨ يقوم علي أساس التقدير الذاتي للشخصية بمعنى أن الشخص يجيب علي الاختبار نفسه بما يشعر أنه يتفق وحالته النفسية الراهنة ويزود المختصين في الصحة النفسية بصورة متكاملة عن الجوانب والأبعاد المتعددة في شخصية المفحوص موضع الدراسة قبل إصدار حكم تشخيصي عليه من خلال درجات المفحوص علي المقاييس المختلفة التي يتضمنها الاختبار والتي بواسطتها يمكن رسم صفحة نفسية " سيكوجراف " فيتضح فيها وبقدر الإمكان صورة موضوعية دقيقة لمواطن الاضطراب في شخصية المفحوص كما يفيد هذا الاختبار كأداة للتنبؤ لا تجاه الفرد وميوله نحو تطوير الأمراض النفسية من عدمه .

وصف الاختبار

يتكون هذا الاختبار من اثنين وسبعين سؤالا تتناول موضوعات مختلفه تعبر الإجابة عنها " بنعم " أو " لا " عن الجوانب المختلفة في الشخصية مثل الصحة العامة والنواحي الصحية الخاصة والعادات والعلاقات العائلية والزوجية ، والمهنة والتعليم والعلاقات الاجتماعية والدينيه والسياسية والاضطرابات الذهانية والهلاوس بأنواعها السمعية والبصرية والمخاوف المرضية والهذاءات والحالات الانفعالية كالانقباض والحالات الوسواسية القهرية والروح المعنوية وأخيرا صدق المفحوص مع الاختبار نفسه ويتكون الاختبار من إحد عشر مقياسا فرعيا منها ثمانية مقاييس إكلينيكية وثلاثة مقاييس خاصة لقياس صدق تجاوب المفحوص مع أسئلة الاختبار وهذه المقاييس هي

أولا مقاييس الصدق

أ ــ المقياس (؟)

ب ــ مقياس (ل)	L	Lie Scale
جـ ــ مقياس (ف)	F	False Scale
د ــ مقياس (ك)	K	Ego Strength

ثانيا المقاييس الإكلينيكية

١ ــ توهم المرض " هـ س "	"HS"	Hypochandriasis
٢ ــ الانقباض أو الاكتئاب " د "	"D"	Depression
٣ ــ الهستيريا " هـ ى "	"HY"	Hysteria

٤ ــ الانحراف السيكوباتي " ب د " " PD " Psychopathi Deviation
٥ ــ البارنويا "ب أ " " P A" Paranoia
٦ ــ السيكاثينيا " ب ت " " pt " PSYCHASTHENIA
٧ ــ الفصام " س ك " " sc " SCHIZOPHRENIA
٨ ــ الهوس الخفيف " م أ " " ma " HYPOMANIA

وللمزيد من الايضاحات حول الاختبار يرجـع إلـى دليـل الاختبـار إعـداد (عثمان الطويل ص . ب " ١٥١٣٣ " الرياض وزارة الصحة .)

٣ ــ مقياس أيزنك

EYSENEK PERSONALITY INVENTORY

تأليف هانز أيزنك H.EYSENCK وسيبيل أيزنك S.EYSENK إعـداد جابر عبد الحميد جابر ومحمد فخر الإسلام ويقيس الانبساط ــ الانطـواء ــ العصابية ــ الثبات ويتضمن أيضا مقياسا للكذب.

ويتكون المقياس من ١٠١ سؤال يجيب عنها المفحوص بنعـم أو لا ويستخدم مفاتيح التصيحيح الخاصة بالمقياس لمعرفة الأبعاد الدالـة فـي شخصية المريض .

٤ ــ استبيان تقدير الشخصية .

لرونالد ــ ب ــ رونر . ترجمة وإعداد . د. ممدوحة سلامة " كراسة التعليمات ودليل استخدام الاستبيان من الممكن الرجوع إليه الناشر مكتبـة الانجلو المصرية القاهرة ١٩٨٨ .

واستبيان تقدير الشخصية هو أداة للتقريـر الذاتـي أعـدت بـهدف الحصول علي تقدير كمي لكيف يرى ويدرك الفرد نفسه فيما يتعلق بسـبع نزعات شخصية " ميل سلوكي " هي .

١ ــ العدوانية والعداء بما في ذلك العدوان الجسمي واللفظـي والسـلبي وعدم القدرة علي التغلب علي مشاعر العداء والكراهية تجاه الاخرين .
٢ ــ الاعتمادية
٣ ــ تقدير الذات
٤ ــ الكفاءة الشخصية
٥ ــ التجاوب الانفعالي
٦ ــ الثبات الانفعالي
٧ ــ النظرة للحياة

وصف الأداة

استبيان تقدير الشخصية (أ ــ ت ــ ش ــ P A Q) له ثلاث صور الأولى للكبار وفيها يطلب من المستجيب أن يفكر فيما لـه مـن نزعـات

شخصية ، والثانية للأطفال ما بين السابعة إلى الثانية عشرة يجيب الطفل فيها عن كيف يرى نفسه بصدد عبارات الاستبيان ، والثالثة خاصة بالأم " أو من يتولى رعاية الطفل بصفة دائمة " وللمزيد من الايضاحات يرجع إلى دليل المقياس .

٤ ـ المقابلة الإكلينيكية المقننة لتشخيص اضطرابات الشخصية

وفق الدليل الإحصائي المعدل الأمريكي . إعداد د . سبتزر وآخرين تعريب وأعداد د . علي علي مفتاح .

أولا تعريف اضطرابات الشخصية

اضطرابات الشخصية نوع من الاضطرابات تصبح فيه سمات الشخصية غير مرنة وغير متوافقة في التعامل مع البيئة وإدراكها وفي التعامل مع أنفسهم وفي تصورهم لذواتهم.(KAPLAN&SADOCK 1994.)

ثانيا وصف الأداة

المقابلة الاكلينيكية المقننه لتشخيص اضطرابات الشخصية وفق الدليل الإحصائي الثالث المعدل الأمريكي

STRUCTURED CLINICAL INTERVIEW FOR DSM- 111 R

تتكون من ١٢٣ سؤالا تشمل اضطرابات الشخصية الآتية : ـ

١ ـ اضطراب الشخصية التجنبية
٢ ـ " " الاعتمادية
٣ ـ " " الوسواسية
٤ ـ " " السلبية العدوانية
٥ ـ " " الهازمة للذات
٦ ـ " " البارانوية
٧ ـ " " فصامية النوع
٨ ـ " " شبه الفصامية
٩ ـ " " الهستيرية
١٠ ـ " " النرجسية
١١ ـ " " البينية
١٢ ـ " " المضادة للمجتمع
١٣ ـ اضطراب الشخصية الذي لم يسبق تشخيصه (سبتزر وآخرون (SPITZER ET AL 1990.

كيفية استخدام الأداة

١ – في الجزء الأيسر من كل صفحة من المقابلة ، أسئلة وتوجيهات للفاحص .

٢ – يتم قبل استخدام المقابلة تطبيق النسخة الخاصة بالأسئلة وبعدها يتم حصر الأسئلة التي أجاب عنها المفحوص بنعم وتوجه إليه من خلال كراسة المقابلة الإكلينيكية والتي تبدأ أسئلتها بلقد قلت أن .....

٣ – علي الفاحص أن يسأل الاسئلة التي لا تكتب بين القوسين حرفيا ، لكل مفحوص .

٤ – الاسئلة التي بين قوسين ، اختيارية ، أي أن الفاحص يستطيع إغفالها إذا كان يعرف الجواب ولا يعني ذلك أن المعلومة التي يسأل عنها غير مهمة .

٥ – يوصي في كل محك خاص بكل سؤال الرموز التالية ؟ ، ١ ، ٢ ، ٣ وتفيد العلامة ؟ أن المعلومات غير كافية لإعطاء السؤال ودرجة من الدرجات الثلاث الأخرى ، وتعطي صفرا

١ = غير موجود أو خطأ

وغير موجود تعني العرض غير موجود ، وخطأ تفيد أن العبارة التي يجيب عليها المريض لا ينطبق عليها المحك

٢ = دون المطلوب

ويقصد بها أن الاجابات تكاد تصل إلى العدد المطلوب للتشخيص ولكنها لا تنطبق عليه تماما

٣ = المطلوب أو الصحيح

ويعني ذلك أن عدد الاجابات يصل إلى الحد الأدني المطلوب للتشخيص

٦ – في المقابل التشخيص معايير لشدة المرض بحيث نصنفه بأنه ضعيف أو متوسط أو شديد .

٧ – في المقابلة المقننة جزء نسميه "لم يسبق تشخيصة " ويستعمل عندما تكون المعلومات المتوفره متناقضة أو متضاربة ولكنها تسمح بوضع المريض في فئة تشخيصية معينة ، كأن نقول أن المريض يعاني من اضطراب الشخصية ولكننا لا نستطيع تحديد نوعه أو عندما يتضح وجود أكثر من اضطراب لدي المريض (Spitzer et al 1990.)

للمزيد من المعلومات الرجوع إلي د . علي علي مفتاح كليـــة الآداب فرع بنها جامعة الزقازيق قسم علم النفس .

٥ ــ اختبارات جليفورد

وضع جليفورد Joy P.Gulford وهوارد مـــارتن Haward G. Martin بعض الاستبيانات التي تقيس متغيرات متعددة في الشخصية وقد اختـــبرت هذه المتغيرات بناء علي دراسات عاملية. فالقائمة الاولي Stdcr تقيـــس العوامل التالية : ــ

١ ــ الانطواء الاجتماعي
٢ ــ الانطواء في التفكير
٣ ــ الاكتئاب
٤ ــ التقلبات الوجدانيه
٥ ــ الراثيميت

والقائمة الثانية Gamin تقيس خمس سمات

١ ــ النشاط المفرط
٢ ــ حب السيطرة
٣ ــ الذكورة في الاتجاهات والاهتمامات
٤ ــ غياب الشعور بالنقص
٥ ــ غياب العصبية والتوتر

والقائمة الثالثة تقيس ثلاث سمات تسمى بالمجموعة البارانوية

١ ــ الموضوعية ــ الذاتية
٢ ــ التعاطف ــ التمرد
٣ ــ التعاون

أما القائمة الرابعة فهي قائمة جليفورد ــ تسمر مـــان Guilford - Zimmerman وقد تكونت من بعض المقاييس السابقة وهي تقيس عشـــر سمات كالآتي : ــ

١ ــ النشاط العام
٢ ــ القمع
٣ ــ السيطرة
٤ ــ الاجتماعية.. وهي عكس الانطوائية
٥ ــ الانزواء الانفعالي

٦ ــ الموضوعية
٧ ــ الصداقة " كانت تسمى التعاطف "
٨ ــ التأمل " كانت تسمى بالانطواء الاجتماعي "
٩ ــ العلاقات الشخصية " كانت تسمى بالتعاون "
١٠ ــ الذكورة

وهذه الاختبارات قام مصطفى سويف بنقلها إلى العربية واستخرج درجة ثباتها واستخدمها في بعض الدراسات العاملية " إطار أساس للشخصية " كما قام محمود الزيادي باستخدامها في دراساته على طلاب الجامعات " دراسة تجريبية في التوافق الدراسي لطلبه الجامعات " محمود الزيادي .

٦ ــ اختبار الشخصية " بيرنرويتر "

The Bernrsuter Personaltiy Inventory 1994

يتكون هذا الاختبار من ١٢٥ سؤالا تنتهي بإجابة " نعم أو لا " ويوجد احتمال ثالث لمن يتردد على شكل إشارة استفهام " ؟ " وفي المقياس أربع سمات لقياس الشخصية وهي

١ ــ الميل العصابي
٢ ــ الاكتفاء الذاتي
٣ ــ الانطواء / الانبساط
٤ ــ السيطرة ــ الخضوع

وقد أضاف العالم " فلانجان Flanagan " مقياسين آخرين هما

٥ ــ الثقة بالنفس
٦ ــ المشاركة الاجتماعية

وقد استخرج د . محمد عثمان نجاتي المعايير لهذا الاختبار لتطبيقه علي طلبه المدارس الثانوية والجامعية .

٧ ــ اختبار الشخصية السوية " كاليفورنيا "

هاريسون . ج . جوف . Harrison G. GOUGH

قام " هاريسون . ج . جوف " بإعداد هذا الاختبار منذ عام ١٩٥٢ ونشر للتطبيق العملي عام ١٩٥٧ وتمت آخر مراجعة له عام ١٩٦٩ بواسطة د . عطية محمود هنا . ومحمد سامي هنا ونقلاه إلى اللغة العربية.

وأعد الاختبار للتطبيق علي الأسوياء بين السن " ١٢ ــ ٧٠ " للكشف عن خصائص الشخصية . وعدد بنود الاختبار " ٤٨٠ " تبدأ وتصحح آليا وتصنف " منطقيا لا إحصائيا " وقد اتضح بعد ذلك ملائمة الاختبار للتطبيق في مجالات أخرى مثل " الجناح وذوي الميول اللااجتماعية " وتنقسم مقاييسة الي أربعة اقسام .

١ ــ مقياس العلاقات الاجتماعية ويضمن ستة أبعاد .

١ ــ السيطرة

٢ ــ القدرة علي بلوغ المكانة الاجتماعية

٣ ــ الميل الاجتماعي

٥ ــ تقبل الذات

٦ ــ الشعور بالسعادة والرضي النفسي

٢ ــ مقياس المسئولية والنضج الاجتماعي ويتضمن سته أبعاد

١ ــ المسئولية

٢ ــ المجاراة والنضج الاجتماعي

٣ ــ ضبط الذات ــ التحكم في النفس

٤ ــ التسامح

٥ ــ مجاراة النمط الاجتماعي الشائع

٣ ــ مقياس القدرة علي التحصيل والكفاية العقلية ويتضمن ثلاثة أبعاد

١ ــ إجادة الإنجاز

٢ ــ الاستقلال في الإنجاز

٣ ــ الكفاية العقلية

٤ ــ مقياس المزاج ويتضمن ثلاثة أبعاد

١ ــ العقلية السيكولوجية

٢ ــ المرونة

٣ ــ الأنوثة

فكثير من بنود هذا الاختبار تم اختيارها من اختبار " الشخصية المتعدد الأوجه " مينسوتا والإجابة فيه بنعم أو لا ويستغرق حوالي ما بين ٤٥ ــ ٦٠ دقيقة ويوجد للاختبار صفحة نفسية ومعايير .

بالإضافة إلى الاختبارات السالفة الذكر توجد عدة اختبارات تساعد في فهم وتفسير الشخصية نذكرها لمن يرغب الاستفادة والرجوع إليها .

١ ــ اختبار روجرز لدراسة شخصية الأطفال الذكور

تأليف كارل روجرز إعداد مصطفي فهمي ويقيس الشعور بالنقص ، وسوء التوافق الاجتماعي وسوء التوافق العائلي ويناسب الأعمار بين ٩ ــ ١٦ سنة ويستغرق ٤٠ ــ ٥٠ دقيقة .

٢ ــ اختبار روجرز لدراسة شخصية الأطفال الإناث

تأليف كارل روجرز إعداد مصطفي فهمي ويقيس نفس الأبعاد السابقة، ويناسب نفس الأعمار . ويستغرق نفس الزمن .

٣ ــ استفتاء الشخصية للمرحلة الاولي

تأليف ريموند كاتيل Cattell إعداد عبد السلام عبد الغفار .

٤ ــ اختبار عوامل الشخصية للراشدين

تأليف ريموند كاتيل ، إعداد عطية هنا وسيد غنيم وعبد السلام عبد الغفار الاختبار الثاني والثالث والرابع يقيس سمات الشخصية وأبعادها وهي السكلوثيميا ضد الشيزثيميا ، الذكاء العام ضد الضعف العقلي ، الثبات الانفعالي وقوة الانا ضد عدم الاتزان الانفعالي وضعف الأنا ، المحافظة ضد التحرر ، السيطرة ضد الخضوع ، الانبساط ضد الانطواء ، قوة الأنا الأعلى ضد ضعف الأنا الأعلى ، المخاطرة والإقدام ضد الخجل والحرص ، الواقعية ضد الرومانتيكية ، البساطة ضد نقد الذات الثقة بالنفس ضد الميل للشعور بالإثم ، الاكتفاء الذاتي ضد الاعتمادية علي الجماعة ، قوة اعتبار الذات ضد ضعف اعتبار الذات قوة التوتر الواقعي ضد ضعف التوتر الواقعي ، التبصر ضد السذاجة .

٥ ــ اختبار الشخصية للشباب .

تأليف جيسنيس Jesness إعداد عطية هنا ومحمد سامي هنا ويقيس سوء التوافق الاجتماعي ، اتجاه القيم للتدهور ، تأخر النضج ، النظرة العقلية الذاتية أو الاجترار العقلي ، الاغتراب ، إظهار العدوان، الانسحاب الانعزالي ، القلق الاجتماعي ، الكبت ، الإنكار ، اللااجتماعية ويستغرق من ٢٠ ــ ٤٠ دقيقة.

٦ ــ اختبار مفهوم الذات

تأليف حامد زهران ويقيس مفهوم الذات الواقعي ومفهوم الذات المثالي على طول أبعاد خمسة هي البعد الجسمي ، والعقلي ، والانفعالي ، والاجتماعي وبعد عام . ويصلح لمرحلة الشباب ، ويستغرق حوالي ٤٠ دقيقة .

٧ ـ اختبار مفهوم الذات للصغار
تأليف محمد عماد الدين إسماعيل ومحمد أحمد غالي ، ويقيس مفهوم الذات الواقعية ، ومفهوم الذات المثالية ، ومفهوم الشخص العادي، والتباعد، وتقبل الذات وتقبل الآخرين ، ويصلح للأطفال .
٨ ـ اختبار مفهوم الذات للكبار
تأليف محمد عماد الدين إسماعيل ويقيس نفس المفاهيم السابقة ويصلح للكبار .

٤ ـ الاختبارات الإسقاطية

قبل البدء في شرح الاختبارات الإسقاطية وكيفية استخداماتها . سنتطرق إلى شرح الطرق الإسقاطية عرض بلاك والتطور التاريخي لمفهوم الإسقاط . وأوضح أن فرويد تحدث عن الإسقاط عام ١٨٩٤ في مقاله " عصاب القلق " حيث قال إن عصاب القلق يظهر عندما تشعر الذات أنها عاجزة عن السيطرة علي الدفعات الجنسية النابعة من الداخل أي أنها تعمل وكأنها تسقط هذه الدفعات على العالم الخارجي .

وفي سنه ١٨٩٦ تطور مفهوم الإسقاط وقال فرويد ان الإسقاط عملية ينسب فيها الفرد دوافعه ومشاعره الذاتية إلى الناس أو العالم الخارجي كعملية دفاعية بحيث أن الفرد لا يعي لهذه الدوافع المستهجنة في ذاته .

فالإسقاط عملية دفاعية يطرد فيها الأنا الرغبات والأفكار اللاشعورية غير المقبولة إلى العالم الخارجي لأن نفاذها إلى الشعور يسبب ألما للأنا .

وقد ذكر فرويد في كتابة الطوطم والتابو صفحة ١٠٧ أن الاسقاط لم يخلق خصيصا لغرض الدفاع ، إنه يظهر أيضا عندما لايوجد صراع. فإسقاط المدركات الداخلية إلى العالم الخارجي ميكانيزم بدالي حيث يؤثر أيضا في إدراكنا الحسي حتي أنه يشترك بقسط وافر في تشكيل عالمه الخارجي أي أن فرويد يعتبر أن المدركات المختزنة في الذاكرة تؤثر في إدراكنا للمثير الحالي وهذه هي المسلمة الأساسية التي تنبني عليها الاختبارات الإسقاطية .

والإسقاط في التحليل النفسي له معناه الخاص كعملية دفاعية يسقط فيها الفرد دوافعه غير المقبولة من الأنا إلى العالم الخارجي ثم ينظر اليها وكأنها موجهة إليه لا صادرة منه .

أما الإسقاط القياسي النفسي فله معني آخر وهو أن الإسقاط ليس فقط عملية دفاعية بل معناه أن الادراك الحالي يتأثر بالإدراك السابق . وإننا عندما ندرك مثيراً غامضاً فإن كل فرد يدركه بطريقته الخاصه وفقاً لمدركاته السابقة، وكأن الفرد يسقط حياته النفسية برمتها إلى العالم الخارجي ويرى هذا العالم على هذا الأساس ويستخدم بلاك مفهوم الإسقاط على أنه "الادراك المحرف " أى أنه هناك إدراك موضوعي معرف نقي وهناك إدراك المثير إدراكا محرفا والإدراك المحرف يتدرج علي بعد يمثل أقصي طرفيه الإسقاط المركب Inverted Projection وهو أقصي درجات التحريف الإدراكي :

من الممكن شرح هذا البعد باختصار.

١ ــ الإسقاط المركب Inverted Projection

هذا الاسقاط يشير الي أعلي درجات التحريف الإدراكي ويكون قطبه الآخر ــ افتراضيا ــ إدراك موضوعي كامل ووصف الإسقاط في التحليل النفسي الاكلينيكي علي أنه مصدر الذهان خاصة ومصدر بعض الدفاعات العصابية عامة كما نجده في بعض العمليات السوية .

وفي الإسقاط المركب تكون عملية تكوين عكسي كخطوة أولى ثم إسقاط للمشاعر الداخلية إلى العالم الخارجي .

٢ ــ الإسقاط البسيط Simple Projection

ويعتبر الإسقاط البسيط أقل تحريفا وأقل شذوذا من الاسقاط المركب. ومثال ذلك الموظف الذي يذهب إلى العمل متأخرا في الصباح ويعتقد خطأ أن رئيسه سيكون في أشد حالات الغضب لهذا التأخير وقد لا يعرف رئيسه بهذا التأخير ولكن الموظف يسلك وكأن رئيسه يعرف أنه حضر متأخرا .

ونفهم من هذا السلوك بوصفه تحريفا في الإدراك . فالفرد يدرك رئيسه الحالي إدراكا متأثرا بإدراكاته السابقة لمعلميه أو لوالديه .

٣ ــ زيادة الحساسية Oversensitivity

في هذه الحالة نجد أن الحرمان يتبعه زيادة في الكفاية المعرفية للذات في التعرف على الموضوعات المحرفة منها وكذلك تخيل تعويضي في تحقيق الرغبات الذي أطلق عليه الباحثون اسم " الإدراك الذاتي " فالفرد

من الممكن أن يهيئ نفسه للإشباع البديل عندما يغيب الإشباع الحقيقي . وهذا في الواقع ازدياد في الكفاية الوظيفية للأنا في استجابته للأزمة .

والإدراك الذاتي مثل إدراك الطعام في حالة الجوع في مثيرات لا تحوي طعاما ، وهذا الادراك يشكل نوعا من الإسقاط البسيط . فزيادة الحاجة إلى الطعام تؤدي إلى استدعاء أشكال الطعام ، وهذا المدرك المختزن في الذاكرة يشوه أي مدرك موجود حاليا بإدراكه إدراكا محرفا.

٤ ــ الاستظهار Extarnalization

الإسقاط المركب والإسقاط البسيط وزيادة الحساسية عمليات يكون فيها الفرد عادة غير واع ومن الصعب أن تجعل الفرد واعيا لعملية من هذا النوع في نفسه ففي الإسقاط يكون بصدد نوع من التصورات التي كبتت كبتا خفيفا ومن السهل استدعاؤه واصطلاح الاستظهار يشير إلى هذه الظاهرة .

٥ ــ الإدراك المعرفي النقي Pure Cognitive Perception

الإدراك المعرفي النقي عملية افتراضية عكس الإدراك المحرف . إنها نقطة النهاية لبعد متدرج يمثل الطرف الآخر فيه الإسقاط المركب . وعندما يكون السلوك ملائما لموقف معين نسميه سلوكا تكيفيا للمثير الموضوعي .

وإن علم النفس الإدراكي يتفق معظم الافراد علي بعض من الإدراك المحرف الأساسي المثير ، وأن هذا الاتفاق يمثل التعريف الإجرائي للطبيعة الموضوعية للمثير وقد أسماه جوردن ألبورت السلوك التكيفي وبعض المبادئ الخاصة بالسلوك التكيفي هي .

١ ــ ترتبط درجة السلوك التكيفي عكسيا بدرجة دقة تحديد المثير .

٢ ــ تحتم درجة التكيف أيضا بما هو مطلوب

٣ ــ تحتم حالة الكائن المدرك نسبة السلوك التكيفي في مقابل السلوك الإسقاطي

الأساليب الإسقاطية

عندما نريد أن نقوم بعملية التشخيص فعلى الاخصائي النفسي الاكلينيكي أن يتناول الأساليب الإسقاطية Projective Techniques وهذه الأساليب نشأت في المجال الاكلينيكي وتتنوع هذه الاساليب وتتعدد بطلب من المفحوص الاستجابة إلى صورة أو إلى بقعة حبر أو رسم ما أو تكملة جملة ... الخ

تصنيف الأساليب الإسقاطية

تتنوع وتعدد الأسس التي يقوم عليها تصنيف الأساليب الإسقاطية وذلك تبعا لتعدد وتنوع محكات التصنيف ومنها نوع المنبه ونوع الاستجابة وسوف نأخذ بالتصنيف الذي افترضه لندزي وذلك على أساس أسلوب الاستجابة في نفس الوقت .

١ ــ الأساليب والإجراءات البنائية أو التكوينية

وهي تتطلب من المفحوص خلق أو بناء نتاج معين مثل قصة ومن أمثلتها (اختبار تفهم الموضوع (TAT)) وعمل قصة مصورة (MAPS) واختبار اليد الاسقاطي وتتطلب الاستجابة لهذه الاختبارات من جانب المفحوص نشاطات ذهنية أكثر ضبطا وأشد تعقيدا . ويعتمد تفسير الاستجابة علي تحليل المضمون .

٢ ــ أساليب التداعي أو الترابط

يستجيب المفحوص للمثير بإعطاء أول كلمة أو صورة أو مدرك يخطر له ومن أمثلتها تداعي الكلمات والرورشاخ .

٣ ــ أساليب أو أعمال التكميل

ومنها تكملة القصص واختبار الإحباط المصور الذي يجمع بين المنبهات اللفظية والمصورة ويتطلب تكملة حوار . ويمكن تطبيقها علي الأفراد والجماعات وتعمتد في تفسيرها علي النوعية من التحليل النفسي والتحليل الشكلي وتحليل المضمون .

٤ ــ أساليب الاختبار أو الترتيب

وتتطلب إعادة ترتيب الصور أو تسجيل للتفضيلات ومنها اختبار زوندي وهي تقدم غالبا منبهات أكثر تحديدا في بنيانها ومن الممكن أن تستخدم في تصحيحها الأساليب الكمية .

٥ ــ الأساليب أو الطرق التعبيرية

من أمثلتها الرسم وأساليب اللعب والسيكودراما . فالمفحوص يخفف من متاعبه ويكشف عنها عن طريق التنفيس .

أولا : الأساليب والإجراءات البنائية أو التكوينية

١ ــ اختبار تفهم الموضوع

Thematic Apperception Test (TAT)

يعتبر اختبار تفهم الموضوع " التات " من أهم الاختبارات الاسقاطية للشخصية ويهدف الي الكشف عن الدوافع والانفعالات وأنواع الصراع لدي

المفحوص ، وبخاصة النزعات المكفوفة التي لا يرغـب المفحـوص فـي الكشف عنها أو النزعات المكبوتة التي لا يكون واعيا شعوريا بها .

وقد أورد هنري ، ومـوراي (Murray & Henry 1943.) أن التـات يشكل أداة مفيدة في الدراسة الشمولية للشخصية ، وفي تفسير اضطرابـات السلوك والاضطرابات السيكوسوماتية والعصاب والذهان . ويوصـي بـأن يكون الاختبار مقدمة لسلسة من المقابلات العلاجية أو التحليـل النفسـي المختصر ، كما أن الجمع بينه وبين اختبار بقع الحبر " الروررشاخ " يكون أمرا مفيدا نظرا لأن كلاً من الاختبارين يكمل الآخر .

مواد الاختبار

يتكون الاختبار من ٣١ بطاقة ، طبعت علي كل منها " عـدا بطاقـة واحدة " صورة علي ورق أبيض مقوي ، وتركت بطاقة واحدة بيضاء خالية من الصور . وقد أعطيت كل بطاقة رمزا ينتمي الي إحدي الفئات التالية :

" أ " رقم فقط وذلك فى البطاقات التى يمكن استخدامها مع الجنسين ومـع كل من الصغار "تحت سن ١٤سنة " الراشدين " فوق سن ١٤ سنة " وعدد هذه البطاقات ١١ بما فيها البطاقة البيضاء رقم ١٦ ".

" ب " رقم يتبعه B للأولاد تحت سن ١٤ سنة .

" ج " رقم يتبعه الحرف G للبنات تحت سن ١٤ سنة .

" د " رقم يتبعه الحرف M للذكور فوق سن ١٤ سنة.

" هـ " رقم يتبعه الحرف F للإناث فوق سن ١٤ سنة .

" و " رقم يتبعه الحرفان MF للذكور والإناث فوق سن ١٤ سنة .

" ز " رقم يتبعه الحرفان BM للأولاد والراشدين الذكور .

" ك " رقم يتبعه الحرفان GF للبنات والإناث الراشدات .

تطبيق الاختبار

يجلس المفحوص مواجها الفاحص ، أو فيموضع يمكن الفاحص من ملاحظة المفحوص دون أن يتمكن هذا الأخير من رؤية وجه الفاحص حتـى لا يتأثر بما قد يبدو عليه مـن انفعـالات مشـتتة لانتباهـه . وبالنسـبه للأشخاص العاديين يمكن توجيه التعليمات بالصور التاليه أو بصورة منها.

" سوف أعرض عليك بعض الصور ، واحدة بعد الأخرى وأود منـك أن تذكر قصه توضح ما يحدث فى كل صورة فى هذه اللحظة وما الذى أدى إليه ، ومشاعر وأفكار شخصيات القصة ، وما سوف تكون عليه النتيجـة

.المطلوب أن تكون القصة درامية "مؤثرة " مليئة بالحياة .أرجو أن تشعر بحرية تامة فى ذكر أى قصة تريدها .

تحليل وتفسير القصص

تتعدد وتتنوع طرق تفسير التات ، طبقاً لتدريب القائم بالتفسير والمدرسه التى ينتمى إليها وكذلك طبقا للغرض من تطبيق الاختبار وسوف نعرض بعض الطرق الخاصه بالتفسير والتحليل لنتائج اختبارالتات ولمن يريد المزيد لكيفية تطبيق الاختبار وطرق تصميمه ووصف دقيق للبطاقات الخاصه بالاختبار يرجع الى دليل الاختبار ودراسة المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية فى الاستجابات الشائعة لاختبار تفهم الموضوع " ١٩٧٥ " القاهرة .

١ ــ طريقة موراي

أورد موراي طريقته في تفسير بطاقات الاختبار بأن يقوم بها أخصائي مدرب بقصد التوصل لصورة إكلينيكية للمريض وتصور لأهم مشكلاته. وإلى تحليل دقيق ويوحي موراي ، أن تشتمل كل جملة في كل قصة وتقديرها علي مقياس من ١ إلى ٥ طبقا لعدد من المحكات " الشدة ــ الاستمرارية ــ التواتر ــ الاهمية في حبكة القصة " وتحليل دقيق لحاجات البطل والضغوط التي تمر به . والبيئة التي يعيش فيها .

وللمزيد من الإيضاح في طريقة موراي يمكن الرجوع إلى كتاب (لويس كامل مليكة ــ علم النفس الإكلينيكي ١٩٨٠ الهيئة المصرية العامة للكتاب ، القاهرة .) .

٢ ــ طريقة رابابورت

في تفسير الاختبار قسم التفسير إلى طبقتين

١ ــ بناء القصة

٢ ــ محتوى القصة

ثم قام هنري بتعديل طريقة رابابورت واقترح تقسيم العنصرين إلى عناصر أخرى فرعية .

٣ ــ طريقة تومكنينز

ميز بين أربعة عناصر أساسية

١ ــ الوجهات والمقصود بها الاتجاه السيكولوجي الذي يتسم به السلوك أي السعي أو الرغبات أو الشحنات أو المشاعر

٢ ــ المستويات ويعني به مستوى الوظيفة السيكولوجية المتضمنة في القصة .
٣ ــ الحالات أي الحالات السيكولوجية أو الاجتماعية أو الفيزيقية التي لا تكون ذاتها سلوكا أو رغبات .
٤ ــ المحددات والمقصود عناصر محددة للوجهات والمستويات والحالات .

معظم هذه الطرق السابقة ليست سهلة في التطبيق نظرا لأنها تستغرق وقتاً طويلاً في التفسير .

٤ ــ طريقة بلاك في التفسير

وضع بلاك طريقته على أساس قوة الاختبار التي تكمن فى استنتاج محتوى العلاقات الشخصية ودينامياتها والتفسير محاولة لفهم الطابع الخلقي العام للفرد من فحص سلوكه في المواقف المختلفة .

٥ ــ طريقة شتيرن

استفاد شتيرن من طريقة " توميكينز " " وليون " ووضع صورة تجمع الشكل والمحتوى .

المجالات التي يدرسها الاختبار

١ ــ الأسرة
٢ ــ الحب والجنس والزواج
٣ ــ العلاقات الاجتماعية
٤ ــ المهنى والعمل

إن هذه المجالات من شأنها أن تمدنا بدلالات عن أي هذه المجالات يحظي باهتمام المفحوص ، وأين تكمن المشكلة .

التشخيص النفسي لاختبار تفهم الموضوع

يستخدم (اختبار تفهم الموضوع " التات ") كأداة هامة في دراسة الشخصية للكشف عن مشاعر الفرد وانفعالاته وعما يدور في داخله من رغبات وحاجات ودوافع مكبوتة ، وأنواع الصراعات المختلفة كما يستخدم كأداة في تفسير اضطرابات السلوك للكشف عن الأمراض العصابية والذهانية .

وتقوم أدلة التشخيص في الاختبار علي أساس أن المريض يتداعى في حديثه عن مواقف وحالات وجدانية وانفعالية ودوافع متنوعة دون مراجعة هذه النواحي ، ومن ثم فإنه يكشف بسهولة عن كثير من أساليب ونمط تفكيره المميزة له .

١ ـ حالات التقلب العاطفي
٢ ـ الاكتئاب
٣ ـ حالات الوسواس القهري
٤ ـ حالات البارانويا
٥ ـ الفصام
٦ ـ فصام البارانويا
٧ ـ الفصام البسيط
٨ ـ الخلق الفصامي
٩ ـ الفصام المبتدئ
١٠ ـ الخلق شبه الفصامي
١١ ـ الخلق البارانويدي " شبه البارانويا "
١٢ ـ الحالات البارانويدية " شبه البارنويا "
١٣ ـ فصام غير مصنف
١٤ ـ الانقباض العصابي والذهاني
١٥ ـ عصاب خليط
١٦ ـ توهم المرض
١٧ ـ الهستيريا
١٨ ـ حالات القلق
١٩ ـ الإدمان والكحول
٢٠ ـ اضطرابات الخلق النرجسي
٢١ ـ اضطرابات الخلق السيكوباتي
٢٢ ـ الجنسية المثلية
٢٣ ـ الانحراف الجنسي
٢٤ ـ الاضطرابات السيكوسوماتية

العلامات الدالة علي الصحة النفسية

١ ـ علامات الشكل والبنيان

ويتضح ذلك في تصور الشخصيات والمواقف تصويرا طيبا قصة طويلة متناسقة انفعاليا ، قصة واقعية طريفة ، قصة خيالية ، حيوية ونشاط، فترة زمنية طويلة .

٢ ــ علامات المحتوي

١ ــ بطل كفء : نشاط حماس ، تقبل التحدي أو الواجب ، فهم واقعي للموقف

٢ ــ بطل اجتماعي : علاقات شخصية قوية دائمة ، ولاء حب ، مشاركة في العمل الجمعي

٣ ــ بيئة اجتماعية ودودة ومحسنة ، نموذج أب وأم محسن صديق يكن الولاء

٤ ــ بنيان خلقي البطل الجانح أو المجرم غير الامين يجد العقاب من المجتمع .

٢ ــ اختبار اليد الاسقاطي

أعد هذا الاختبار ادوين واجنر في أمريكا عام ١٩٦٢ وقدمة الي الدارسين العربية . سعد جلال ومحمود عبد القادر ورشاد كفافي .

ويتكون الاختبار من عشر بطاقات واحدة منها بيضاء ، أما التسع بطاقات الاخري فمرسوم علي كل منها تخطيط ليد بشرية في وضع معين .

ويطبق الاختبار وتسجل نتائجة بنفس الطريقة التي يطبق بها تكنيك الرورشاخ ما عدا السؤال التالي " ما الذي يبدو أن هذه اليد تفعلة أو تقوم به.

وبالنسبة للبطاقة البضاء يوجه السؤال التالي تخيل وجود يد علي هذه البطاقة ، أي يد وصف ما الذي يبدو أن هذه اليد تفعلة أو تقوم به .

ويهدف تقدير الاستجابات الي الحصول علي درجة للنزعة الي التنفيس بالتنفيذ عن النزعات الاعتدائية Actng aut أو التقبل أي سلوك المفحوص بطريقة تؤدي الي انتباة الاخرين لـه كالبوليس أو السلطات المدرسية نتيجة لسلوكة الاعتدائي المكشوف . والدرجة هي الفرق الحسابي بين مجموع النزعات للقيام بالافعال العدوانية والتسلطية من ناحية ، ومجموع الاتجاهات التعاونية واللاعدوانية من ناحية اخري وهي التي يمكن تبويبها في الفئات التالية .

١ ــ عدوان Aggression رؤية الايدي " متسلطة " مؤذية مهاجمة

٢ ــ تسيير Direction رؤية الايدي " قائدة ، مسيرة ، مانعة ، موجهة، أو قائمة بالتاثير في الاخرين أو التسلط عليهم .

٣ ــ خوف Fear رؤية اليد ضحية لاعتداء شخص آخر أو تحاول السيطرة علي شخص أخر تفاديا للاذي الجسماني

٤ ــ تودد Affection تعبير اليد عن التودد أو أي تعبير وجداني ايجـــابي نحو الاخرين

٥ ــ اتصال Communication تتصل اليد أو تحاول الاتصال بفرد آخر.

٦ ــ تواكل أو اعتماد Dependence خضوع اليد بأي شكل مـــن الاشـــكال لفرد أخر

٧ ــ استعراض Exhibitionism تستعرض اليد نفسها أو تندمج في نشـــاط يرتبط بعالم الترفية أو وسائل الاستعراض

٨ ــ عجز Crippled رؤية اليد مريضة أو مصابة بعـــامة أو مشـــوهة أو عاجزة أو في حالة من حالات الاعتلال

٩ ــ لا شخصي نشط Active Impersonal رؤية اليد في نزعه للقيام بفعـــل لا يتطلب اتمامة حضور شخص آخر .

١٠ ــ لا شخصي سلبي Passive Impersonal لا يتطلب اتمام النزعة للقيـــام بالفعل وجود شخص آخر

١١ ــ وصف Description وصف اليد دون الاشارة الي نزعة للفعل.

وللمزيد من الشرح وكيفية التطبيق لهذا الاختبار يمكن الاستفادة مـــن المراجع الاتية (رشاد كفافي ١٩٧١ ــ سعد جلال ١٩٦٦ ــ فـــرج طـــه ١٩٧١) .

٤ ــ إختبار صور بلاكي Blacky pictures

هذا الاختبار من اعداد بلوم (Blum,G.S.1950) ويتكون الاختبار مـــن عشر بطاقات رسموا بطريقة الكارتير وتدور حول كلب اســـــمه " بلاكـــي " يمكن تصوير انتمائة الي أي من الجنسين " وامه وأبية وشقيقة وقد أعـــد الاختبار أصلا للكبار لدراسة بعض فروض التحليل النفسي .

ويطبق الاختبار بنفس الطريقة التي يطبق بها التات غير أن الفاحص يحدد مع عرض كل صورة بنياتها بذكر بعض العبارات ، كما أنه يوجه الي المفحوص عددا من الاسئلة المقننة .

٥ ــ اختبار القصة المصورة

Make a Picture and Story Test MAPS

هذا الاختبار من اعداد شنايد مان (Anastasi 1961.) ويهدف الي دراسة الجوانب السيكولوجية للانتاج التخيلي ويتكون الاختبار من خلفية مصـــوره تتفاوت في درجة تحديد بنياتها " مثل حمام ، مسرح .... الخ " بالاضافـــة الي خلفية بيضاء ٦٧ نموذجا من الكرتون المقوي تشـــتمل علـــي نمـــاذج

للراشدين من الذكور والاناث ويقدم الاختبار للمفحوص بوصفة اختبارا للتخيل والابداع ويطلب منه خلق موقف درامي يختار فيه النماذج الملائمة للخلفية المعطاه ، ثم يطلب من المفحوص ذكر قصة تدور حول شخصيات الموقف وفي طريقة التصحيح يمكن تحليل القصة المصورة بالطريقة التي تحلل بها قصص التات .

٦ ـ اختبار الاتجاهات العائلية

هذا الاختبار من اعداد وليديا جاكسون واقتباس د . مصطفي فهمي ويهدف الي دراسة ما يعانية الاطفال من صراعات داخلية تنشأ بسبب العلاقات التي تقوم داخل الاسرة وبينهم وبين الابوين أو بينهم وبين خلطائهم من أخوه رأخوات . ويتكون الاختبار من سبع بطاقات مصورة يمثل كل منها موقفا عائليا .

يطبق الاختبار فرديا علي الاطفال بين سن ٦ ـ ١٢ وتعرض الصورة متتابعة علي الطفل ويطلب منه أن يكون قصة من الموقف الذي تمثلة الصورة .

ثانيا : أساليب التداعي أو الترابط

يرجع تاريخ أساليب التداعي إلى كل من " جالتون " و " فونت " في دراسة العمليات الفكرية ويرجع الفضل في استخدام هذا الأسلوب إكلينيكيا إلى يونج (Jung 1904.) الذي وضع عددا من الكلمات لتمثل العقد الانفعالية ثم يقوم بتحليل الاستجابة لكل منها علي أبعاد معينة .

وتوالت بعد ذلك الاختبارات الخاصة بتداعي الكلمات عند رابابورت وشيفر ... لتشمل مجالات العائلة والجنس والعدوانية واستخدمت هذه الاختبارات كأدوات تشخيصية هامة .

١ ـ اختبار تداعي الكلمات عند يونج

استخدم يونج تداعي الكلمات لتحديد مجال الاضطراب الانفعالي وكشف العقد الانفعالية لدى الفرد وكان يونج يختار عددا من الكلمات " المثير " لتمثل العقد النفسية أو الانفعالية الشائعة وهي ما تسمي " كاشفة العقد " ثم يقوم بتحليل الاستجابة لكل منها علي أبعاد معينة . (Anzieu d 1980.)

ويتكون الاختبار من قائمة تحتوي علي ١٠٠ كلمة ، اختيرت بشكل خاص للكشف عن العقد النفسية والنواحي الانفعالية . تتضمن هذه القائمة كلمات شائعة، أدرج من بينها كلمات " حرجة " تمس النواحي الانفعالية لدى الفرد .

وطريقة الإجراء تقدم القائمة في العادة شفويا ، كلمة تلو الأخرى، ويستجيب الشخص المفحوص فورا بعد سماعة للكلمة " المنبه أو المثير" بأي استجابة تمر أو تخطر في باله .

ويحسب زمن الرجع بين الكلمة والاستجابة وهي تقرأ كلمة كلمة ويستجيب الشخص بأول كلمة ترد الي ذهنة ـ وأفضل طريقة لتصنيف الإجابات هي تبيان " مثيرات العقد " . وللمزيد من المعلومات عن الاختبار يرجع الي (فيصل عباس ١٩٩٠) .

٢ ـ اختبار تداعي الكلمات عند رابابورت

التعريف بالاختبار

وضع رابابورت Rapaport قائمة من الكلمات " المثير " يتكون من ٦٠ كلمة ، تتصل بمجالات متعددة : كالأسرة والعدوان والدلالات الجنسية المتنوعة ، كما تمس مجالات فكرية وألوانا من الصراع التي تظهر في أنماط مختلفة من سوء التوافق .

وتقدم القائمة شفويا ويتطلب قياس زمن الرجع لكل كلمة ، وملاحظة حركات المفحوص وإشاراته وانفعالاته وما قد يحدث من توقف أثناء إجراء الاختبار (عبد المنعم المليجي ١٩٦١) .

قائمة رابابورت

عالم ـ حب ـ أب ـ قبعة ـ صور ـ ستائر ـ جذع ـ شرب ـ جماعةـ حركة الابعاد ـ كتاب ـ مصباح ـ سجادة ـ كرسي ـ صديق ـ قضيب ـ مظلم ـ مكتئب ـ ربيع ـ كأس ـ جريمة ـ جبل ـ منزل ـ ورقة ـ ـ مثلي الجنسية ـ شعاع ـ صديقة ـ حاجز ـ يستمني ـ رجل ـ انتصاب ـ خيالة ـ يقطع ـ يضحك ـ يعض ـ أمراه ـ رفض ـ طلب ـ إطار ـ تاكسي ـ أم ـ منضدة ـ لحم ـ بقر ـ حلمه ـ جنس ـ ماء ـ يرضع ـ حصان ـ نار ـ مهبل ـ مزرعة ـ اجتماعي ـ ابن ـ ضرائب ـ طباق ـ مدينه ـ معاشرة ـ مستشفي ـ دكتور.

طريقة إجراء الاختبار

يمر إجراء الاختبار بمرحلتين

الأولى : خاصة باختبار التداعي الذي يستجيب فيه المفحوص للكلمات المثير
والثانية خاصة بإعادة إنتاج نفس الاستجابات التي أعطاها في التداعي .
للمزيد من المعلومات يرجع إلى (فيصل عباس ١٩٩٠ .)

٣ ـ اختبار بقع الحبر " الرورشاخ "

١ ـ التعريف بالاختبار

اكتشف رورشاخ Rorschach العلاقة بين الجوانب الشكلية للمدرك " في بقع الحبر " والسمات المتميزة في الشخصية وكان هذا الاكتشاف يعتبر جريئا وهاما ويميز بالإبداع ويعتبر اختبار رورشاخ من أدوات التشخيص الأساسية في العيادات النفسية ووسيلة من وسائل دراسة الشخصية وقد ظهرت أهمية الاختبار في الكشف عن النواحي المرضية والمعاونة على القيام بعملية التشخيص وأصبح هذا الاختبار واختبار تفهم الموضوع من أوسع الاختبارات النفسية انتشارا وأكثرها استخداما في العيادات النفسية (برنو كلوبفر ١٩٦٥) .

٢ ـ وصف الاختبار

يحتوي الاختبار علي عشر بطاقات بها عشر بقع للحبر وكل بقعة متماثلة البنيان من شقين فعندما نضع بقعة من الحبر علي ورقة ثم نطوي هذه الورقة فان البقعة تنتشر علي الجانبين لتعطينا نصفين متماثلين تماما . وهذا ما فعله رورشاخ وبعض هذه البقع بسيط وبعضها معقد . فهناك خمس بقع بها ألوان غير الأبيض والأسود فالبطاقة ٢ ، ٣ تحتويان علي لون أحمر بالإضافة إلى الأبيض والأسمر . والبطاقة ٨ بها لون قرنفلي وآخر برتقالي والبطاقة ٩ كتلة غير منتظمة من الأخضر والقرنفلي والبرتقالي والبطاقة ١٠ خليط من ألوان عدة وأما الخمس بطاقات الباقية فهي من الأسود والأبيض مع درجات مختلفة من الظلال .

٣ ـ التطبيق

يفضل بعض الاخصائيين أن يستلقي المفحوص ويجلس الفاحص من خلفه بحيث يري كل منهما البطاقة وحتي لا تشتت عملية تسجيل الاستجابات انتباه المفحوص . وتعطي كل البطاقات للمفحوص بالترتيب من (١) الي (١٠) ويسمح له بأخذ البطاقة وإعادتها كيفما يشاء علي أن يراعي الفاحص أن تكون بقية البطاقات بعيدة عن نظر المفحوص عندما يكون بصدد الاستجابات لبطاقة معينه ويطلب من المفحوص أن يعيد اليه

البطاقة عندما يفرغ منها ويرى كلوبفر أن نطلب من المفحوص أن يعيد البطاقة مقلوبة علي المنضدة ولا يحدد معظم الاخصائيين وقتا معينا ، بل يسمحون للمفحوص بالوقت الذي يريده .

تعليمات الاختبار بسيطة فهناك من يستخدم طريقة رورشاخ نفسه ويسألون المفحوص " تفتكر أية دي ؟ " وتسمي طريقة التطبيق بالتداعي الحر Free Association ويلي ذلك مرحلة الاستفسار Inguiry والهدف من الاستفسار هو أن نعرف هل المفحوص استجاب إلى الخصائص الشكلية في البقعة أم إلى اللون أم إلى كليهما معا وأن نحدد مكان الاستجابة والاستفسار يعطي للمفحوص الفرصة لان يضيف استجابات تلقائية جديدة

٤ ـ التصحيح

تنقسم الاستجابات إلى نوعين :

استجابة للشكل الكلي أو استجابة للأجزاء . وعندما يستجيب المفحوص للبقعة كوحدة كلية نرمز لها بالرمز w أو ك .

وفي الكل المنتظم يحتاج الإدراك إلى مجهود تركيبي من جانب المفحوص وقد ميز رورشاخ بين أنواع مختلفة من الاستجابات الكلية W المنتظمة، فميز مثلا بين مثل هذا التنظيم التلقائي وبين عملية ادني من ذلك وهي إدراك الأجزاء منفصلة ثم محاولة لملمتها مع بعضها لتكون مدركا كليا. وتسمي هذه الاستجابة الكلية الإضافية .

كما ميز رورشاخ أيضا بين الاستجابة الكلية الأولية والاستجابة الكلية الثانوية . فالاستجابة الكلية الأولية يعطيها غالبا الأشخاص الذين يتمتعون بصحة نفسية سوية في حين تكون الاستجابة الكلية الثانوية دائما عند الاشخاص الذين يعانون من مشاكل انفعالية . وكل الاستجابات الكلية في نظر رورشاخ أولية ما عدا الاستجابة الكلية الإضافية ، فهي التي يعتبرها ثانوية . إلا أن بك Beck بلغ الانتباه إلى حقيقة وهي أن الاستجابات الكلية الإضافية توجد أحيانا عند الأسوياء. لذا فهو لا يعتبرها دالة علي الاضطراب النفسي . وإنما يرى أن هناك نوعا آخر من الاستجابات الكلية هو الذي يدل علي الاضطراب النفسي، تلك الاستجابة التي يرمز لها بالرمز DW (ج ك) وهذا معناه أن الاستجابة وإن كانت كلية إلا أن هناك جزءا من البقعة هو الذي أوحى بالمدرك الكلي ونظر رورشاخ إلى الاستجابة من نواحي أربعة .

١ ـ التحليل المكاني LOCATION

٢ ــ العوامل المحددة للاستجابة DETERMINAT
٣ ــ المحتوي CONTENT
٤ ــ الاستجابة المألوفة أو الفريدة

أولا : التحديد المكاني

قد يقع اختيار الفرد علي البطاقة كلها وفي هذه الحالة يرمـــز إلـــى الاستجابة من ناحية التحديد المكاني " W " أو " G " أو قد يقع الاختيار علي جزء كبير ، ويرمز إليه " D " أو قد يقع الاختيار علي أجزاء صغيره دقيقة ويرمز إليه " D D " أو قد ينظر الفرد للأرضية باعتبارها شـــكلا ، وفي هذه الحالة يرمز إليه " S " أو " DBI " أو أن يدخـــل المســـافات البيضاء ضمن استجابات الكلية أو الجزئية ، وفي هذه الحالة يكون لدينـــا استجابات كلية يتخللها مســـافات بيضـــاء ، ويرمـــز إليـــها " W S " أو اســـتجابات جزئيـــة عاديـــة يتخللـــها مســـافات بيضـــاء " DS " أو استجابـــات جزئيـــة دقيقة يتخللـــها مسافـــات بيضـــاء " DDS (DDDBL)

١ ــ الاستجابة الكلية G.W.

تقدر الاستجابة علي أنها استجابة كلية إذا كانت تشمل البطاقة كلـــها ونعني بذلك " الشكل الذي هو علي أرضية البطاقة . وهناك نوع أخر مـــن الكليات وجوهر الاستجابة هنا هو أن جزءا من البطاقة هـــو الـــذي أثـــار الاستجابة وأوحي بها . فيفسر المفحوص البطاقة كلها علي أساس رؤيتـــه لهذا الجزء . فهناك الجزئية الكلية " D G " والجزئية الصغيرة " DD "

ثانيا : العوامل المحددة

المحددات هي البعد الثاني والذي علي أساسه يتم تقدير الاســـتجابات وهي أبعاد أربعة هي :

١ ــ الشكل F

ويوجد الشكل الجيد " F + " والشكل غير الجيد " F - "

٢ ــ الحركة

الاستجابات الحركية تعكس كل ما هو انساني وتعتـــبر الاســـتجابات الحركية من أهم المكونات الإدراكية نظرا لأهمية هذه الاستجابات في فـــهم الدوافع المحددة لسلوك الفرد شعوريا ولا شعوريا .

٣ ــ اللون

تتحدد الاستجابات اللونية بالقيم اللونية في البطاقة ويتأثر الفرد بصورة مباشرة وإيجابيه باللون الأحمر والأخضر والأزرق والأصفر .

٤ ـ الظلال

ويرمز لها برمز واحد فقط " C" "F" وهي التفسيرات التي لا يكون فيها للقيم اللونية أثر بل يرجع هذا الأثر إلى الضوء والظلال .

ثالثا : المحتوى

يقصد بالمحتوى الصورة أو الملامح الأساسية التي أثارتها البطاقة في ذهن المفحوص وأهم القوائم عند تقدير المحتوى : المدركات الإنسانية – H – والمدركات الحيوانية – A – جزء الإنسان الظاهر – HD – ثم جزء الحيوان – AD – بالإضافة إلى المحتويات الجغرافية والتشريحية والأشياء المادية .

تفسير دلالة الأبعاد المختلفة

المهم في التفسير هو الطريقة التي أجيب بها للبطاقة وتكتسب كل استجابة معناها لا بمفردها ، وإنما بالنسبة لمجموع الاستجابات الأخرى.

١ ـ البعد المكاني

وتشير إلى الاستجابات الكلية و إلى قدرة الفرد علي إدراك العلاقات الكبيرة والتأليف بين العناصر وهي ترتبط بالتفكير المنهجي المنظم ومن ثم فهي تشير إلى الأسلوب العام الذي يعالج به الفرد مواقف الحياة .

٢ ـ استجابات جزئية كلية " DG "

يدل هذا النوع علي ضعف إدراك الواقع والنزعة إلى التعميم ، والانفعال السريع إلى نتائج غير سليمة . كما تشير إلى افتقار الفرد إلى الصبر ، أي إلى تفكير غير دقيق وغير واضح .

٢ ـ المحددات

١ ـ الشكل

يكون عبارة عن فكرة عن الضبط العقلي أو السيطرة العقلية التي تتوافر لدي الفرد ، علي نواحي شخصية وقد يكون مؤشرا علي قوة الأنا .

ومنها :

١ ـ الشكل الجيد يرتبط الشكل الجيد بقوة الأنا

٢ ـ الشكل الردىء دليل علي الضعف إما يكون كامناً في الشخصية أو يرجع إلى تلف في أنسجة المخ .

٢ ــ الحركة

تدل الحركة علي ثراء الحياة الداخلية للفرد وقواه الابتكارية وتقبلــه للحوافز الداخلية . والاستجابة إلى اللون مؤشر عام علي استجابة الشخص الانفعالية لبيئتة فاللون يستخدم كمثير انفعالي .

٤ ــ التظليل

الاستجابة للتظليل دلالة عامة علي طريقة الفرد في مواجهة الحاجــة إلى الحب والارتباط المشبع بالآخرين .

٣ ــ المحتوى

يشير المحتوى إلى أفق الشخص ونواحي اهتماماته الخاصة .

١ ــ الاستجابات الإنسانية

تشير إلى دور الميول الاجتماعية والإنسانية في حياة الفــــرد والـــي درجة اهتمام الفرد بالآخرين .

٢ ــ الاستجابات الحيوانية

النسبة الحيوانية العالية تشير إلى النمطية أي الافتقار إلى الخيال .

كذلك توجد الحيوانات الصغيرة وتشــــير إلـــى الخضــوع للوالديــن والحيوانات الكبيرة تشير إلى المساواة مع الكبار والوالديــن والاســتجابات التشريحية ترتبط مع عقدة الذكاء الاستجابات الجنسية تكون دلالة لإظـــهار النضج أو لتغطية اضطراب في العلاقات الجنسية .

والاستجابات المعمارية تكشف عن إحساس بعدم التكـــامل الداخلـــي يحاول الفرد التعويض عنه .

٣ ــ أساليب التكميل

١ ــ اختبار تكملة الجمل الناقصة

التعريف بالاختبار

استخدم باين Payne عام ١٩٢٨ " اختبار تكملة الجمـــل الناقصـــة بصورة مباشرة في دراسة خصائص الشخصية . كما يعتبر تندلــو Tendler أحد الرواد الأوائل الذين استخدموا هذه الطريقة في دراســـة الشــخصية . وكان هدفه هو وضع اختبار يحدد الميول والاتجاهات والرغبات المتصارعة وعمليات الإشباع . وقد دلت نتائجه علي أن المثير الواحد يمكن أن يعطـــى استجابات متعددة ومختلفة لدى الأشخاص المختلفين ، وأن الأفراد يختلفون في طريقة تداعي الاستجابات

خصائص الاختبار

هناك تشابه ظاهر بين هذا الاختبار واختبار التداعي ومع ذلك فثمة فروق بينهما :

ـ من ناحية المثير

المثير في اختبار تداعي الكلمات هو كلمة واحدة فقط بينما في اختبار تكملة الجمل ، جملة ناقصة عادة ....

ـ من ناحية الاستجابة

يتطلب من المفحوص أن يستجيب بفكرة تعبر عن مشاعره دون الإصرار علي أن تكون كلمة واحدة .

ـ من ناحية الإجراء

في اختبار التداعي يقاس زمن الرجع لكل كلمة استجابة ، بينما في اختبار تكملة الجمل لا نلجأ إلى قياس زمن الرجع للاستجابة .

٢ ـ اختبار ساكس لتكملة الجمل

يتألف الاختبار من ٦٠ جملة ناقصة ، تعطي ١٥ اتجاها والتي تنحصر في أربعة مجالات من التوافق أما تعليمات الاختبار فهي علي الشكل الآتى :

" أمامك قائمة من ستين جملة ناقصة اقرأ كل عبارة منها ، أكملها بكتابة أول كلمة تأتي إلى ذهنك . إذا لم تتمكن من تكملة جملة ما فضع دائرة حول الرقم المقابل لها وانتقل إلى الجملة التي تليها ، ثم عد إليها لإكمالها فيما بعد (سلامة عبد العزيز ١٩٦٥)

عندما يبدأ المفحوص الإجابة ، يسجل السيكولوجي زمن الابتداء وكذلك زمن الانتهاء والوقت المخصص لإجراء الاختبار حوالي ٦٠ دقيقة.

وفي هذا الاختبار قد يجد الشخص فرصة للتعبير عن أفكاره ومشاعره واتجاهاته في تكملة العبارات ، إلا أنه يقوم بعملية تفريغ لانفعالاته ورغباته وطموحاته ، بطريقة واعية أو لا واعية كما يتيح الاختبار للسيكولوجي أن يقف علي الدلالات الخاصة ، في المجالات المختلفة من الاختبار ، والتي تثير اضطراب المفحوص

يهدف الاختبار إلى دراسة أربعة مجالات من التوافق هي :ـ

١ ـ الأسرة

٢ ـ الجنس

٣ ـ العلاقات الاجتماعية

فكرة الفرد عن ذاته

وتتيح عبارات الاختبار للفرد أن يعبر عن اتجاهاته وبشكل يتيح للسيكولوجي أن يستدل منها علي اتجاهات الشخصية والكشف عن حالات سوء التوافق ، بالإضافة إلى كشف محتوى اتجاهات الفرد ومشاعره .

٣ ـ اختبار روتر (Rotter 1973) تكملة الجمل الناقصة

يتألف اختبار " روتر " لتكملة الجمل الناقصة من ٤٠ جملة ناقصة ويقوم المفحوص بتكملة هذه الجمل ويعطي لكل إجابة درجة أو قيمة تتدرج من صفر ـ ٦ ويعتبر المجموع الكلي للدرجات دليلا علي التوافق أو سوء التوافق

والعبارات التي يتألف منها الاختبار هي :

١ ـ أنا أحب ... ٢ ـ أسعد الأوقات ... ٣ ـ أود أن أعرف ... ٤ ـ في بيتي ... ٥ ـ أنا آسف ... ٦ ـ وقت النوم ... ٧ ـ الأولاد... ٨ ـ أفضل ... ٩ ـ الشيء الذي يضايقني...١٠ ـ الناس ...١١ ـ الأم .... ١٢ ـ أنا أحس .... ١٣ ـ أحد مخاوفي ... ١٤ ـ في المدرسة الثانوية .... ١٥ ـ أنا لا أستطيع ... ١٦ ـ الألعاب الرياضية ١٧ ـ عندما كنت طفلا ... ١٨ـ أعصابي ... ١٩ ـ غيري من الناس... ٢٠ ـ أنا أعاني .... ٢١ ـ أنا فشلت ... ٢٢ ـ القراءة ... ٢٣ ـ عقلي .... ٢٤ـ المستقبل ... ٢٥ ـ أنا في حاجة إلى ... ٢٦ ـ الزواج ... ٢٧ ـ أكون في أحسن حال عندما ... ٢٨ ـ أحيانا... ٢٩ ـ الشيء الذي يؤلمني ... ٣٠ ـ أنا أكره ... ٣١ ـ هذه المدرسة ... ٣٢ ـ أنا ... جدا ... ٣٣ ـ المشكلة الوحيدة في حياتي ... ٣٤ ـ أنا أتمنى ... ٣٥ ـ والدي ... ٣٦ ـ بيني وبين نفسي ... ٣٧ ـ أنا ... ٣٨ ـ الرقص ... ٣٩ ـ أشد ما يقلقني .. ٤٠ ـ معظم البنات

يلاحظ في هذا الاختبار أنه يبدأ بضمير المتكلم لأنه أكثر أهمية للأغراض الإكلينيكية .

المبادئ العامة لتقدير الاختبار

ـ لا تعطي درجة للعبارات التي لا يستجيب لها المفحوص . ومثل هذا النوع من عدم الاستجابة قد يوحي بوجود عوائق نفسية داخلية . وهي تشير إلى مجالات الصراع التي لا يدركها الفرد أو التي يعجز عن التعبير عنها .

ـ بالإضافة إلى ذلك ، هناك استجابات لا تأخذ درجة أيضا ، وهي التي تحوي إجابات ناقصة لا معنى لها وينبغي عدم تصحيح الاختبار إذا بلغ عدد الاستجابات المحذوفة منه ٢٠ استجابة . أما إذا كان عددها أقل فيصحح الاختبار ، وتعالج العبارات التي لم تقدر بالمعادلة الآتية:

٤٠

ـــــــــــ في الدرجة

الكلية

٤ ـ الاستجابات المحذوفة

استجابات الصراع ـ C ـ

وهذا النوع من الاستجابات يشير إلى إطار ذهني غير متوافق ، ويتضمن ردود الأفعال العدوانية والتشاؤمية وحالات اليأس والرغبات الانتحارية والخبرات غير السارة ، مثل .

" أنا أكره ... كل الناس " " الناس ... يهدمون ما يبنون "

ولاستجابات الصراع درجات ثلاث تبعا لشدة الصراع أو سوء التوافق الذي تعبر عنه التكملة التي يعطيها المفحوص .

فالاستجابات التي تشير إلى مشكلات بسيطة غير عميقة تأخذ ٤ درجات مثال " المشكلة الوحيدة ... بالنسبة لي مشكلة مالية " .

أما الاستجابات التي تشير إلى مشكلات عامة ، مثل مشاعر النقص، والتفكير في الفشل المحتمل ، والشعور بعدم الكفاية ، والمشكلات الاجتماعية العامة .. فإنها تأخذ ٥ درجات ، مثال : " أعاني.. صداعا " " أنا آسف .. لعدم تحقيق أهدافي " .

الاستجابات التي تشير إلى نواحي الصراع الشديدة ، ذات الدلالة الواضحة علي سوء التوافق ، مثل الرغبات الانتحارية ، والصراعات الجنسية الشديدة والمشكلات العائلية ، والانعزال عن الناس ، فإنها تأخذ ٦ درجات مثال " أتمني ... لو مت صغيرا " .

٢ ـ الاستجابات الإيجابية ـ P ـ

تشير الاستجابات إلى إطار ذهني متوافق ، وإلى مزاجية متفائلة طليقة.

الاستجابات التي تشير إلى اتجاهات إيجابية نحو المدرسة ، أو العمل، أو الألعاب الرياضية والاهتمام بالناس ، فإنها تأخذ درجتين مثال: " أنا أحب ... الألعاب الرياضية " .

أما الاستجابات التي تشير إلى التوافق الاجتماعي الجيد ، والحياة الأسرية الجيدة . فإنها تأخذ درجة واحدة . مثال " أنا أكره ... لا أحد " الاستجابات التي تشير إلى الحالة المزاجية الطيبة ، وتقبل الناس . فإنها تأخذ درجة صفر مثال ذلك :

" أنا أحب .. أشياء كثيرة "

٣ ـ الاستجابات المحايدة ـ N ـ

وهي التي تندرج تحت أية قائمة من استجابات الصراع أو الإيجابية وهي تكون من النوع الوصفي ، أو أسماء الأغاني ، أو العبارات الشائعة مثال ذلك " أحيانا ... أعجب لماذا قضيت الليل أحلم بأغنية بنادي عليك "

إن الاستجابات المحايدة تفتقر عادة إلى الصبغة الانفعالية

ـ يمكن أن نلخص الصورة الكمية التي يسير عليها تقدير الاستجابات بمثال واحد لجملة ناقصة " أنا أحب ... " .

الدرجة	التقدير	
٦ ــ	أن أعرف ما إذا كنت سأصبح مجنونا	C3
٥ ــ	أن أكون وحيدا ، أن أبتعد عن الناس	C 2 الصراع
٤ ــ	السيدات اللاتى لا يدخن أو يشربن	C 1
٣ ــ	الأكل والصيد	N محايد
٢ ــ	الألعاب الرياضية والمدرسة	P 1
١ ــ	الناس وزوجتي	p 2 إيجابية
صفر ــ	أشياء كثيرة	p 3

٤ ــ التفسير النفسي للاستجابات

١ ــ دراسة الاتجاهات العائلية ٢ ــ الاتجاهات الاجتماعية والجنسية

٣ ــ الاتجاهات العامة ٤ ــ سمات الشخصية ٥ ــ الملخص

٣ ــ الدلالة النوعية للاختبار

يمكن للسيكولوجي أيضا استخراج عدد من المؤشرات مثل عدم الاستجابة ، استجابة الصراع C ، والاستجابات الإيجابية P ، والمحايدة N .

وقرر روتر ورافرتي أن البحوث توضح قيمة الاختبار في دراسة الاتجاهات الاجتماعية وفي الاختيار للأعمال والمهن . وهما يقرران أن الاختبار يساعد السيكولوجي علي الحصول علي معلومات لها قيمة تشخيصية محددة كما يساعد علي تحديد بناء المقابلة الإكلينيكية التي يجريها مع الشخص .

غير أن الاختبار لم يعد يكون مقياسا لوصف " الشخصية الكلية " أو للكشف عن الطبقات العميقة للشخصية أو عن بنيانها الأساسي .

ومن المؤشرات النوعية ذات الدلالة في تحليل الاستجابات

١ ــ طول الجملة : إذ تدل الاستجابات الطويلة علي محاولة لتغطية المشاعر الحقيقية من النوع الوجداني أو الدفاعي القوي .

٢ ــ المحو أو ترك الجملة دون تكملة ، ويشير ذلك إلى ميادين الصراع ، أو التي قد يرى الشخص أنها تكشف الكثير عنه .

٣ ــ اللهجة الشديدة في التعبير ، وهي تكشف عن مشاعر قوية

٤ ــ الاستجابات الفريدة أو الغريبة غير المألوفة

٥ ــ التعليقات أثناء الاستجابة

٦ ــ التناقض الظاهر بين الاستجابات لنفس العناصر أو الأشخاص

٧ ــ تكرار نفس الفكرة

٤ـ أساليب الاختيار أو الترتيب

١ ـ اختبار زوندي

وضع الطبيب النفسي " لبيوت زوندي lipot Szondi " الاختبار عام ١٩٣٠ وهو مكون من ست صور فوتوغرافية كل منها من ثماني صور لوجوه أفراد من فئات إكلينيكية مختلفة وهي

١ ـ الجنسية المثلية ٢ ـ السادية ٣ ـ الصرع
٤ ـ الهستيريا ٥ ـ الفصام الكتاتوني ٦ ـ فصام البارنويا
٧ ـ الاكتئاب ٨ ـ الهوس

طريقة إجراء الاختبار

تعرض مجموعات الصور علي المفحوص بالتوالي ، فتوضع صور المجموعة في صفين ، كل صف أربع صور . ثم يطلب من المفحوص أن يختار في كل سلسلة الصورتين اللتين يفضلهما أكثر من غيرهما ، والصورتين اللتين يقل تفضيله لهما عن غيرهما ثم يطلب منه بعد ذلك أن يحدد من الاثنتي عشرة صورة المفضلة ، أربعا يفضلها أكثر من غيرهما ، ومن بين الاثنتي عشرة صورة غير المفضلة ، أربعا يقل تفضيله لها عن غيرها ولا يعطي المفحوص بالطبع أي إشارة عن التصنيف السيكياتري لأصحاب الصور . ويوصي بتطبيق الاختبار من ست إلى عشر مرات ، علي أن يفصل يوم بين كل مرة وأخرى ويوجد أربعة موجهات يقوم الأخصائي علي أساسها بتفسير الاختبار وهي :

١ ـ لوحة الجنس " S " Sexual ويتكون من عاملين هما الجنسية المثلية " H " والسادية "S"

٢ ـ الموجه النوابي " P " paroxysmal ويتكون من عاملين هما الصرع " E " والهستيريا "HY"

٣ ـ الموجة الفصامي " Sch " Schzophrenia ويتكون من عاملين هما الفصام التخشبي " K " والفصام البارنوي " P "

٤ ـ الموجه الاتصالي " C " Circular or contact ويتكون من عاملين هما الاكتئاب " D " والهوس " M "

وعملية التصحيح صعبة ومعقدة ولكن نستطيع أن ندرك بأن الشخصية السوية هي التي تستطيع أن تحقق توازنا في استجاباتها بين الموجهات الأربعة السابقة وبين العوامل داخل الموجه الواحد .

وقد أضاف زوندي إلى طريقة الاختبار خطوة جديدة تسمي الطريقة التكميلية في التفسير ، وهي مبنية علي أساس المقارنة بين الصفحتين النفسيتين " الأصلية " والتكميلية وفي هذه الخطوة يطلب من المفحوص بعد انتهائه من الاختبار بالطريقة المألوفة أن يرتب الصور الأربع التي لم يختر أيا منها في كل مجموعة سواء بالتفضيل أو بعدمه والمعتقد أن هذه الطريقة التي تشابه خطوة " اختيار الحدود " في الرورشاخ ، تكشف عن أنواع الصراع المخبوءة بين القوى المتضادة في مختلف طبقات اللاشعور وقيمتها الأساسية تنبؤية إذ تميز المناطق التي يمكن أن تتوقع تغيرا فيها من تلك التي تتسم بالجمود وعدم المرونة وقد ظل الغموض يحيط بهذا الاختبار فترة طويلة منذ أن ابتكره الطبيب المجري زوندي ونقلته إلى الولايات المتحدة تلميذته سوزان دري (Deri,Susan 1949.) إلى أن نشر زوندي عام ١٩٥٢ مؤلفه الضخم .

Trieb pathologie pern: Hans Huber

وكان له أثر كبير في تعريف الإكلينيكية بحقيقة الاختبار وحقيقة النظرية التي يستند إليها . وهي النظرية الديالكتيكية في الغريزة ، والحتمية الوراثية ، وقد صمم اختباره ليقيس تجمعات أو عائلات من السمات اللاشعورية التي ترتبط بتنظيمات وراثية

٥ـ الأساليب أو الطرق التعبيرية

أساليب الرسم الاسقاطية

إن تحليل الإنتاج الفني من أولى المحاولات في النظر إلى الرسم بوصفة إسقاطا للشخصية وذكر فرويد أن الفن بعد الأحلام هو الطريق المعترف به إلى الأعماق وتنبهت فورنس جود انف إلى الجوانب الإسقاطية في الاختبار الذي ابتكرته لقياس الذكاء اختبار رسم الرجل وذلك علي أساس التفاصيل والنسب في الرسم كما ابتكرت كارين ماكوفر اختبارها الإسقاطي " اختبار رسم الشخص " نتيجة ملاحظاتها الإكلينيكية أثناء استخدامها اختبار جود انف وابتكر جون باك اختباره رسم المنزل والشجرة والشخص (H-T-P) نتيجة ملاحظاته الإكلينيكية أثناء عمله في إعداد مقياس للذكاء في الوقت الذي أعد فيه وكسلر مقياسه .

١ ـ اختبار رسم المنزل والشجرة والشخص

طريقة إجراء الاختبار

يطلب من المفحوص أن يرسم بالقلم الرصاص في كراسة ذات أبعاد مقننه رسما جيدا بقدر ما يستطيع لمنزل ثم لشجرة ثم لشخص ويوجه إليه بعد ذلك عدد من الأسئلة تتصل بهذه الوحدات الثلاث ، وقد يطلب منه رسم هذه الوحدات بالألوان .

تصحيح الاختبار

تصحح الرسوم وتحلل كميا وكيفيا وعلي الفاحص أن يدرس دراسة دقيقة تعليمات تطبيق الاختبار في صورتيه الفردية والجماعية ، وفي مختلف مراحل تطبيقه ، ثم عليه أن يدرس دراسة دقيقة أيضا النقط الواردة في المعايير الوصفية ورموز تصحيحها . والطريقة المناسبة لذلك ، هي أن يفحص عدة مرات وبدقة ، نماذج الرسم الواردة في كراسة المعايير والتي تمثل فقط التصحيح كلا علي حدة إلى أن تصبح هذه النقط النماذج مألوفه لديه يقوم الإكلينيكي بتحليل الاختبار في مراحل التحليل الكمي والتحليل الكيفي ومن المسلم به أن ما يمكن استنتاجه من اختبار الرسم يتوقف إلى حد كبير علي مهارة الإكلينيكي الذي يحلل الرسوم وابرز المعالم للتحليل الكمي والكيفي هي :

١ ــ تعبر نسب ذكاء الاختبار عن الذكاء الأساسي ويتأثر هذا الذكاء بالعوامل الانفعالية للشخصية .

٢ ــ إذا زاد الفرق بين نسبه الذكاء الخام ونسبه الذكاء الموزونة الصافية عن خمس درجات ، يفترض أن أصغر الدرجتين تمثل المستوى الوظيفي وتمثل أعلي الدرجتين المستوي الكامن للوظيفة.

٣ ــ التشتت بين الدرجات د ، جـ ، ب ، على مدى يشمل ثلاثة أو أربعة مستويات عقلية ، علامة طيبة إلى حد ما فإذا قل التشتت عن ثلاثة مستويات ، كان هذا علامة علي جمود في الوظيفة العقلية ، وإذا زاد عن خمسة إلى سبعة مستويات ، دل ذلك علي ميوعة في الوظيفة العقلية .

٤ ــ في النمو العادي للطفل ، تأتي التفاصيل أولا ثم تليها النسب .

٥ ــ قد تفيد أحيانا المقارنة بين الدرجات " الجيدة " و " والرديئة " لكل من المنزل والشجرة والشخص ، فإذا حصل المفحوص علي درجة منخفضة في رسم الشخص بالمقارنة برسم المنزل والشجرة فقد يدل ذلك علي أن مفهوم " الشخص " بالنسبة له مفهوم مزعج. وإذا

حصل علي درجة منخفضة نسبيا في الشجرة فقد يشير ذلك إلى صراع داخلي.

٦ ــ في تحليل نوع الكم ، يبدو أن درجة التفاصيل علامة كمية لإدراك الفرد واتجاهه نحو النواحي الأولية الملموسة في الحياة اليومية بينما تدل درجة النسب علي تقدير الفرد وحكمه ووزنه للعلاقات بين التفاصيل ، أي أنها تمثل مستوى الكفاءة الوظيفية لدى الفرد من وصف حكمه علي المشكلات اليومية المباشرة وهو ما يتأثر به في فترات الشدة.

٧ ــ يبدو أن الدرجة الجيدة تدل علي القدرة الوظيفية العقلية للفرد في التعامل مع الأفراد الآخرين أو في حل مشكلة معينة أي أنها تمثل الأداء العقلي . أما الدرجة الرديئة فيبدو أن ارتفاعها يدل علي نقص في قدرة الفرد علي التغيير الناقد للعلاقات فهي تمثل التفكير أكثر مما تمثل الفعل.

٨ ــ تمثل الدرجة الكلية للمنزل ، انطباع المفحوص عن مواقف في حياته العائلية ومع أولئك الذين يشاركونه في المنزل وتمثل درجة الشجرة تقييم المفحوص لمستوي توافقه في بيئة بوجه عام. أما الشخص فهو يمثل صورة الذات أو نظرة الفرد إلى توافقه الاجتماعي العام .

٩ ــ التحليل الكيفي هو أقل أنواع التحليل موضوعية ، وأكثرها اعتمادا علي خبره ومهارة الإكلينيكي .

١٠ ــ يشير عدد من البحوث إلى أن اختبار الرسم يفضل غيره من الأساليب الإسقاطية في حالات الاضطراب العضوي والفصام الكامن. والإدمان الكحولي ومع الأطفال والأفراد من المستويات التعليمية المنخفضة ومن ضعاف العقول كما أنه قد يكون أقل تأثرا بالعوامل الحضارية .

للمزيد من المعلومات يتم الرجوع إلى (لويس مليكه . دراسة الشخصية عن طريق الرسم مكتبة النهضة المصرية ١٩٧٦ .)

٢ ــ اختبار رسم الرجل " فلورنس جود انف "

THE GOODENOUGH DRAWING TEST

الاختبار بسيط في طريقة تطبيقه حيث يعطي للطفل ورقة وقلم ويطلب منه أن يرسم رجلا .

ويصحح هذا الرجل علي أساس النقاط التي يحصل عليها من كل جوانب هذا الرسم .

ويحتوي المقياس علي (٥١) نقطة فمثلا عندما يرسم المفحوص الرأس بوضوح يعطي درجة وإذا رسم ملامح الوجه دون أن يحدد إطار الرأس لا يعطى شيئا وعندما يوضح " وجود الساقين " يعطي درجة وهكذا.

يصلح هذا المقياس للأعمار من ثلاث سنوات ونصف إلى ثلاث عشرة سنة ونصف ومثل هذا الاختبار يتيح للأخصائي النفسي فرصة " ملاحظة المريض ويستطيع من خلال رسمه ـ الحكم علي بعض ملامح شخصيته وقد اختصر " رالف بيردي RALPH BERDI هذا الاختبار إلى ٢٠ فقرة فقط . وكثيرا ما يستخدم هذا المقياس في الميدان الإكلينيكي استخداما كيفيا أكثر منه كميا " .

الأنواع الأخرى من أساليب الرسم الإسقاطية

من اختبارات الرسم الإسقاطى اختبار ليفي " رسم حيوان وذكر قصة عنه " واختبار وارتيج " تكميل الرسم " واختبار هاروار " رسم بعض المفاهيم " واختبار رسم عائلة ورسم شخص في المطر واختبار روز نبرج " رسم الشخص " واختبار كاليجور " إعادة رسم ثمانى بطاقات " الرسوم العفوية DAADLES

والخلاصة أن أساليب الرسم الاسقاطي متعددة ومتنوعة ، ويمكن في يد الأخصائي الإكلينيكي المدرب أن تساعده في استكمال صورة ديناميه للشخصية موضوع الدراسة .

أساليب اللعب والسيكودراما

هذه الأساليب نشأت في مجال علاج الأطفال مثل العرائس واللعب والنماذج المصغرة ، وتطورت لتستخدم في تشخيص حالات الأطفال والراشدين وتكشف النماذج عن اتجاهات الأطفال نحو العائلة والأشقاء ويكشف عن المخاوف والعدوان والصراع ... الخ .

١ ـ اختبار العالم WORLD TEST

صممت هذا الاختبار العالمة مارجريت لونفيلد في إنجلترا ويتكون من عدد من النماذج الصغيرة كالبيوت والأشجار والعربات والأشخاص والحيوانات .

ويطلب من المفحوص أن يعمل من هذه الأدوات ما يشـاء . ويقـوم المفحوص عادة بتركيب بانوراما ، ويناقش الفاحص ما قـام المفحـوص ببنائه ويستفسر عن أحداثه ودلالاته .

وتوجد ستة أنواع من العوالم وهي تعكس الاضطراب الداخلي للفـرد واتجاهاته المرضية نحو الحياة وهي .

١ ــ عالم عدواني ملىء بالقتل والحوادث
٢ ــ عالم فارغ تستخدم فيه موضوعات قليلة
٣ ــ عالم مقفل محوط بالأسوار وملىء بالأماكن المغلقة .
٤ ــ عالم فوضوي تتناثر فيه الأشياء دون نظام متماسك .
٥ ــ عالم جامد بالغ التماثل أو السميترية .
٦ ــ عالم غير مسكون وهي العوالم غير الآهلة بالسكان .

٢ ــ اختبار اللعب بالدمى

S.D.P.T. STRUCTURED DOLL PLAY TEST

صمم هذا الاختبار دافيد لين DAVID B . LYNN باعتبـاره اختبـارا إسقاطيا للأطفال بين سن ٣ ــ ١٠ سنوات ويمكن استخدامه مـع الأكـبر قليلا والأصغر من هذا المدى ويكشف عن شكل العلاقات العائلية ودوافـع الطفل وعن طريقته في إشباع حاجاته ، وعن شـدة صراعاتـه الداخليـة ونوعيتها. ويستغرق الاختبار من ٣٠ ــ ٤٥ دقيقة ويعرض علي الطفـل وتحتوي مواد الاختبار علي نماذج عديدة . مثلا دمية تمثـل الأم وأخـرى تمثل الأب وفتاه وولد عار ، وبنت عارية وسرير مزدوج وسرير مفـرد ، وحمام ، وتواليت ، وفنجان وطبق وزجاجة رضاعة ... الخ .

يطبق هذا الاختبار فرديا بعد أن يقيم الأخصائي مع الطفل علاقة ثقـة ومودة.

ويتضمن الاختبار (٢٠) موقفا مقننا متنوعة التعميم الأمـر الـذي يتيح للأخصائي التعرف علي أبعاد متعددة من شخصية الطفل .

السيكودراما

ابتكر هذا الأسلوب مورينو وفيه يقوم المفحـوص بـأداء مختلـف الأدوار علي المسرح تحت إشراف مدير الفاحص ــ المعالج وتكتمل العملية بالمشاركة النشطة من جانب الجمهور . ويلاحظ سلوك المفحوص في عـدد من المواقف المختارة بعناية .

والمفحوص في السيكودراما يكون قادرا علي التعبير عن وجداناته الشخصية في مواقف قريبة من الحياة العادية ويعتقد مورينو أن التلقائية لها دور هام في الكشف عن ديناميات الصراع وفي فهمه .

٥ ــ اختبارات الميول

وهي اختبارات تحاول رسم خريطة لميول المريض وتحاول هذه الاختبارات قياس الميول المختلفة وتصنيفها وترتيبها ترتيبا تصاعديا . وتقوم أساسا علي الاختيار والتفضيل ومنها بعض الاختبارات المستخدمة في الوطن العربي

١ ــ اختبار الميول المهنية للرجال

وضع إدوارد سترونج STRONG ترجمة وإعداد عطية هنا ويوجد مثله للنساء . ويناسب الأعمار من ١٧ سنة فما فوقها ويستغرق حوالي ٤٥ دقيقة .

٢ ــ اختبار كيودر للميول المهنية

وضع كيودر kuder وإعداد أحمد زكي صالح ويقيس الميل الخلوي، والميكانيكي ، والحسابي ، والعلمي ، والإقناعي ، والفني ، والأدبي ، والموسيقي ، والكتابي ، والميل إلى الخدمة العامة ، ويستغرق من ٣٠ ــ ٥٠ دقيقة .

٦ ــ اختبارات القيم

تفيد هذه الاختبارات في الناحية العلاجية من معرفة القيم الموجودة بالمجتمع والقيم الخاصة لدى المريض وإعادة بنائها وتنمية القيم الصالحة . ومن هذه الاختبارات المتداولة في الوطن العربي .

١ ــ اختبار القيم

وضع ألبورت وفيرنون وليندزي تعريب عطية هنا . ويقيس القيم النظرية والاقتصادية والجمالية والاجتماعية ، والسياسية والدينية ويصلح للشباب الجامعي.

٢ ــ اختبار القيم الشخصية

وضع جوردن ، إعداد عبد السلام عبد الغفار ويقيس القيمة العملية، الإنجاز ، التنوع ، الجسم التنظيم ، وضوح الهدف .

٧ ــ اختبارات ومقاييس الاتجاهات

يساعد القياس الخاص بالاتجاهات النفسية في التنبؤ بالسلوك ويفيد في تعديل وتغيير الاتجاهات ومن أمثلة هذه الاختبارات

١ ــ مقياس الاتجاهات الوالدية

إعداد محمد عماد الدين إسماعيل ورشدي فام منصور وله صورتان إحداهما جماعية والأخرى فردية . ويقيس أبعاداً مثل التسلط ، الحماية الزائدة ، الإهمال ، التدليل ، الألم النفسي ، التذبذب ، التفرقة في المعاملة ، السواء ، الكذب .

٢ ــ اختبارات الاتجاهات العائلية

وضع ليديا جاكسون lackson إعداد مصطفي فهمي وهو اختبار إسقاطي يتكون من سبع بطاقات مصورة مقننة تمثل كل منها موقفا عائليا تستعمل لدراسة ما يعانيه الأطفال من صراعات داخلية تنشأ بسبب العلاقات العائلية . ويناسب الأعمار من ٩ ــ ١٢ سنة ويستغرق من ٣٠ ــ ٤٠ دقيقة

٨ ــ اختبارات ومقاييس أخرى في المجال الإكلينيكي

يطلق مصطلح اختبارات التشخيص في مجال الإرشاد العلاجي والعلاج النفسي علي الاختبارات والمقاييس التي تساعد في تحديد المشكلات وتشخيص الاضطرابات والأمراض النفسية ومن هذه الاختبارات .

١ ــ اختبار التشخيص النفسي

تأليف حامد زهران ويقيس ١٤ نوعا من الاضطرابات والأمراض النفسية والعصابية والذهانية بقصد التشخيص النفسي وهي القلق ، توهم المرض ، الضعف العصبي ، الخوف ، الهيستيريا ، الوسواس القهري، التفكك ، الاكتئاب ، الهوس ، الفصام ، الهذاء ، المرض النفسي الجسمي ، الاضطرابات الجنسية ، السيكوباتية ، ويناسب الشباب والكبار . ويستغرق حوالي ٤٥ دقيقة .

٢ ــ اختبار مفهوم الذات الخاص

تأليف حامد زهران وهو اختبار إكلينيكي يهدف إلى استكشاف دخائل وخفايا وأعماق وخصوصيات الذات والمحتويات الشعورية المختزنة في مستوذع مفهوم الذات الخاص ، وهو اختبار إسقاطي أنشئ بطريقة إكمال الجمل وتدور بدايات الجمل حول مشكلات وأسرار وخبرات ومشاعر ومخاوف واتجاهات وأسئلة وأخطاء ومثالب شخصية وسلوك المريض . ويمكن عن طريقة تحديد المشكلة الرئيسية للمريض ، ومشكلاته الخاصة ودرجة تغليف الذات ، ودرجة المقاومة ، ودرجة المبادرة .

٣ ــ اختبار دراسة الاضطرابات الوجدانية

إعداد مصطفي فهمي ويكشف عن الحالات الانفعالية البسيطة والمخاوف والوساوس والأفكار المتسلطة ، والميول العصابية وميول العظمة والاضطهاد " البارنويا " والميل نحو الاكتئاب وتوهم المرض والسيكاثينيا ، والميول الاندفاعية والصرعية ، وعدم الاستقرار ونقص القدرة علي الضبط والتحكم ، والميول المضادة للمجتمع وخاصة الانحرافات . ويصلح للأعمار ابتداء من السابعة .

٣ ــ مقياس تيلور للقلق

اقتباس وإعداد مصطفي فهمي ومحمد أحمد غالي ويقيس الاختبار مستوي القلق الذي يعانيه الأفراد عن طريق ما يشعرون به من أعراض ظاهرة صريحة ويصلح للاستعمال في جميع الأعمار والاختبار مقتبس من مقياس القلق الصريح الذي استعملته الأخصائية والعالمة النفسية تيلور I.A.Taylar ويمكن إجراء الاختبار بشكل جماعي إذا كان المفحوصون يجيدون القراءة والفهم ويحتوي المقياس علي ٥٠ عبارة يجاب عنها بنعم أو لا وتعطى كل إجابة درجة تحسب الدرجات التي أجيب عنها بنعم ويشخص القلق كالتالي

صفر ــ ١٦	خالٍ من القلق
١٧ ــ ٢٠	قلق بسيط
٢١ ــ ٢٦	قلق نوعا
٢٧ ــ ٢٩	قلق شديد
٣٠ ــ ٥٠	قلق شديد جدا

٤ ــ قائمة القلق " الحالة والسمة "

تأليف سبيلبيرجر تعريب وإعداد أحمد محمد عبد الخالق تشتمل القائمة علي مقياسين فرعيين حالة القلق وسمة القلق ، يضم كل منهما عشرين بندا يستغرق تطبيقهما معا حوالي عشر دقائق

التطبيق

صممت القائمة الخاصة بالقلق الحالة والسمة كي يقوم المفحوص بتطبيقها ذاتيا " بنفسه " ويمكن أن تطبق فرديا أو علي مجموعات .

التصحيح

يعطي كل بند في قائمة القلق درجة موزونة تتراوح من ١ ــ ٤ ويشير تقدير " ٤ " إلى وجود مستوى مرتفع من القلق في عشرة بنود ومن مقياس حالة القلق وأحد عشر بندا من مقياس سمه القلق .

استخدامات القائمة

تستخدم للحاجة الماسة إلى التمييز بين مفاهيم المشقة والضغوط والقلق والتمييز بين القلق بوصفه حالة انفعالية متغيرة أو مؤقتة ، والفروق الفردية في الاستهداف للقلق بوصفه سمه في الشخصية ثابتة نسبيا .

للمزيد من المعلومات عن القائمة يتم الرجوع إلى (دليل تعليمات قائمة القلق " الحالة والسمة " تعريب وإعداد أحمد محمد عبد الخالق مكتبة الانجلو المصرية القاهرة ١٩٩٢ .)

٥ ــ مقياس بيك " د " B.D.I. للاكتئاب

وضع هذا المقياس أستاذ الطب النفسي الأمريكي أ ز ت . بيك Beck تحت أسم B.D.I. Beck Depression Inventory وأعد صورته العربية غريب عبد الفتاح غريب.

يزود هذا المقياس الباحث أو المعالج والطبيب النفسى بتقدير سريع وصادق لمستوى وعمق الاكتئاب لدى المفحوص ويتكون المقياس في صورته الكاملة من ٢١ مجموعة من الأعراض والاتجاهات وتتكون كل مجموعة من سلسلة متدرجة من أربع عبارات ، تتدرج العبارات لتعكس مدى شدة الأعراض ، ولقد استخدمت أرقام تبدأ من صفر ــ ٣ لتوضيح مدى شدة الأعراض .

طريقة التطبيق

يطلب من المفحوص أن يقرأ كل فئة " مجموعة " من فئات المقياس ثم يختار عبارة منها تبدو أنها تناسبه أو تصف حالته في الأسبوع الأخير بما فيه يوم تطبيق المقياس ويضع حولها دائرة .

يمكن إجراء مقياس بيك للاكتئاب فرديا أو علي مجموعة كبيرة من الأفراد ، وتحتوي كراسة الأسئلة علي تعليمات تفصيلية توضح طريقة الإجابة ، وتسجل الإجابات علي كراسة الأسئلة ذاتها .

طريقة التصحيح

تتكون كل مجموعة من أربع عبـــارات متدرجـــة مـــن صفـــر ــ ٣ ولتصحيح المقياس يتم جمع الدرجات التي يحصل عليها المفحـــوص فـــي المجموعات الثلاث عشرة لنصل إلى الدرجة الكلية علي المقياس ولقد وجـد أن الدرجات القاطعة لمقياس بيك للاكتئاب في صورته المختصرة كما يلي:

مدى الدرجة	درجة الاكتئاب
صفر ــ ٤	لا يوجد أو الحد الأدنى
٥ ــ ٧	معتدل أو غير حاد
٨ ــ ١٥	متوسط
١٦ ــ ٣٩	شديد

وللمزيد من الإيضاح يتم الرجوع إلى دليل الاختبار ووصف المقيـاس من مكتبة النهضة المصرية القاهرة إعداد غريب عبد الفتاح غريب ــ كليـة التربية ــ جامعة الأزهر ــ قسم الصحة النفسية .

٧ــ قائمة هاملتون لأعراض مرض الاكتئاب

Hamilton Checklist of Symptoms of Depression Illness

هذه القائمة من إعداد لطفي فطيم الناشر مكتبة الأنجلـــو المصريـــة القاهرة .وتعتمد علي مهارة الإكلينيكي أثناء المقابلة مع المريض .

٨ ــ مقياس توكيد الذات

أعد المقياس وولب ولازاروس (Wolpe and Lazarus 1966.) وقـــام بإعداده إلى العربية غريب عبد الفتاح غريب ١٩٨٣ .

يتكون المقياس الأصلي من ثلاثين سؤالاً ظهرت بعضها لأول مرة فى كتاب وولب (Wolpe Jaseph 1958.) ثم ظـــهرت كلـــها فـــي كتـــاب وولبـــي ولازاروس ١٩٦٦ .

وصف المقياس

يتكون المقياس في صورته الحالية من خمسة وعشرين سؤالا عـــن كيف يتصرف الناس في مواقف مختلفة ، ويطلب من المفحوص أن يضـــع علامة (+) تحت كلمة نعم وأمام رقم السؤال لو كـــان يتصـــرف عـــادة بالطريقة التي تصفها العبارة أو يضع علامة (+) تحت كلمة لا وأمام رقم السؤال إذا لم يكن يتصرف بالطريقة التي تصفها العبارة .

إجراء المقياس

يمكن إجراؤه فرديا أو علي مجموعة كبيرة من الأفـراد ، وتحتـوي كراسة الأسئلة ـ وهي نفسها كراسة الإجابة ـ علـي تعليمـات توضـح طريقة الإجابة .

طريقة التصحيح

تم تصميم مفتاح تصحيح علي ورقة مقوي لتسهيل عملية التصحيح. ويوضع مفتاح التصحيح فوق الصفحات الثلاث للمقياس علي أن يسـتخدم مع كل صفحة مثيلها على مفتاح التصحيح . وتعد الثقوب التى تظهر منـها خانات موجودة فيها علامة (+) أو أي علامة يستخدمها المفحوص فـي استجابته على المقياس . وتجمع العلامات في الصفحـات الثـلاث لتكـون الدرجة الكلية للمفحوص علي مقياس توكيد الذات .

وللمزيد من المعلومات يتم الرجوع إلى كراسة تعليمـات المقيـاس إعداد (غريب عبد الفتاح غريب ، مكتبة سيد عبـد الله وهبـه القـاهرة ١٩٨٦) .

٩ ـ مقياس احتمالية الانتحار

Suicide Probability Scale (SPS)

صمم هذا المقياس في الأصل (Iohn G.Gull & Wayne S.Gill, 1982.)

وقام بتعريبة وإعدادة عبد الرقيب أحمد البحيري . ويعتمد المقيـاس علي أسلوب التقرير الذاتي للمساعدة في تقدير مخاطرة الانتحـار suicide risk لدى المراهقين والراشدين .

وصف المقياس

يتكون مقياس احتمالية الانتحار من ٣٦ عبارة ، ويعتمد علي التقرير الذاتي في تقدير مخاطرة الانتحار عند الراشدين والمراهقين . والمقيـاس مزود بأربعة مقاييس إكلينيكية فرعية هي : الشعور باليـأس Haplessness تصور الانتحار Suicide Ideation ، تقييم الـذات السـلبي Negative Self Evaluation العداوة Hostility

وللمزيد من المعلومات عن المقياس يمكن الاطـلاع علـي كراسـة التعليمات الخاصة بالمقياس في " مقيـاس احتماليـة الانتحـار كراسـة التعليمات عبد الرقيب أحمد البحيري ـ مكتبة النهضة المصرية . القـاهرة ١٩٨٩ " .

٩ ــ اختبارات التوافق النفسي

من هذه الاختبارات المتداولة في الوطن العربي

١ ــ اختبار التوافق الشخصي والاجتماعي إعداد عطية هنا . ويقيس التوافق الشخصي والاجتماعي .

٢ ــ اختبار التوافق للطلبة

وضع بيل Bell اقتباس وإعداد محمد عثمان نجاتي ويقيس التوافق المنزلي والصحي والاجتماعي والانفعالي ويصلح لطلاب وطالبات المدارس الثانوية والجامعات .

١٠ ــ مقاييس الصحة النفسية

يهتم بها الأخصائي الإكلينيكي لجمع معلومات عن مستوى الصحة النفسية للمريض ومن أهم هذه المقاييس .

١ ــ مقياس الصحة النفسية

اقتباس وإعداد محمد عماد الدين إسماعيل وسيد مرسي ويقيس الخوف وعدم التكافؤ ، والاكتئاب ، والعصبية والقلق ، والتنفس والدورة الدموية والارتعاش والسيكوسوماتية ، والخوف علي الصحة . والاضطرابات الحشوية والحساسية والشك ، والسلوك السيكوباتي .

خلاصة

هذه معظم الاختبارات النفسية الموجودة علي الساحة وتوجد اختبارات لم يرد ذكرها لكونها محلية أو غير شائعة الاستعمال أو محدودة الهدف من تطبيقها أو تكون متشابهة مع بعض الاختبارات وعلي الأخصائي أن ينتقي الاختبارات المناسبة والملائمة التي تخدم الحالة المرضية للمريض وتساعده في الكشف عن دوافع سلوك المريض ومحاولة التشخيص . وتلخيصا لهذه الاختبارات توجد قائمة للاختبارات النفسية الشائعة للاستخدام سنوردها ولكن يجب أيضا أن تؤخذ الاختبارات الأخرى إذا كان من ورائها فائدة للمفحوص والفاحص.

الفصل السابع

١ ـ التشخيص الإكلينيكي

٢ ـ أهداف التشخيص

٣ ـ التشخيص التصنيفي

٤ ـ تصنيف الاضطرابات العقلية

٥ ـ التشخيص الدينامي

٦ ـ الفحص الإكلينيكي للحالة النفسية

٧ ـ الفحص النفسي والعقلي

الفصل السابع
١ ـ التشخيص الإكلينيكي

كلمة تشخيص Diagnosis مستمدة من أصل إغريقي وتعني الفهم الكامل (Through understanding) والتشخيص في الطب النفسي وعلم النفس يتطلب خطوات تشتمل على :

١ ـ الملاحظة ٢ ـ الوصف ٣ ـ تحديد الأسباب

فالتشخيص هو تقويم خصائص شخصية المريض " قدراته ، إنجازاته، سماته ... الخ " والتي تساعد في فهم مشكلاته وتشتمل مصادر المعلومات على المقابلات والفحوص الطبية والمعملية والاجتماعية والسجلات التعليمية والمهنية والاختبارات وكل الأدوات التشخيصية المستخدمة .

والأخصائي الإكلينيكي يستعين في كل هذه العمليات بنظرية الشخصية التي يميل إليها بخبرته . وممارسته لهذه العمليات يمكن أن تضيف الى فهمه لطبيعة الشخصية واضطراباتها ، فهي بهذا تكون أساسا من المعرفة العلمية .

٢ ـ أهداف التشخيص الإكلينيكي

١ ـ تحديد العوامل المسببة
٢ ـ التمييز بين الاضطراب العضوي والوظيفي
٣ ـ الكشف عن الاستجابة للاضطراب
٤ ـ تقييم درجة العجز العضوي والوظيفي
٥ ـ تقدير درجة الاضطراب في مداها وعمقها
٦ ـ التنبؤ بالمسار المحتمل للاضطراب
٧ ـ تحديد الأسس التي يبنى عليها اختيار منهج علاجي معين .
٨ ـ تحديد الأسس التي تدور حولها مناقشة الحالة مع المريض أو مع أقاربه
٩ ـ تحديد الأساس العلمي لتصنيف البيانات وتحليلها إحصائيا.
١٠ ـ تكوين فرض دينامي يتصل بطبيعة العملية الباثولوجية ومكوناتها.

٣ ــ التشخيص التصنيفي

ينظر الأخصائي النفسي الإكلينيكي إلى التشخيص التصنيفي علي أنه يحاول عن طريقه التوصل إلى تسمية مناسبة أو تصنيف مناسب للمرض أو للمشكلة أو المريض .

وترتبط قيمة هذا النوع من التشخيص ارتباطا وثيقا بكفاية النظام المتبع في تصنيف الأعراض ، وتتوقف هذه بدورها علي الارتباط بين الأعراض والنظرية التي أخذ بها في أسباب المرض ومدى استجابته لعلاج معين .

٤ ــ تصنيف الاضطرابات العقلية

كان أول من قام بتصنيف الاضطرابات العقلية الطبيب النفسي الألماني أميل كريبلين Emil kreaplin (١٨٥٦ ــ ١٩٢٦) وكان أهم بل وأخطر ما فعله كريبلين تعرفه علي فئتين رئيسيتين من الاضطرابات العقلية الوظيفية هما ما أسماه بالخرف المبكر والذي نعرفه اليوم باسم الفصام ، والذي قال عنه كريبلين أنه يبدأ في سن الشباب ، ويتصف بالتدهور البسيط والمستمر ومرض الاكتئاب والهوس الحميد والذي لا يؤدي الي التدهور ، والذي يتصف تطوره بفترات من الاضطراب تتخلله فترات من السواء .

ولقد ظل التصنيف مسيطرا علي الطب النفسي حتى بداية الخمسينات إذ قامت هيئة الصحة العالمية (W H O) من جهة ورابطة الأطباء النفسيين الأمريكية (A P A) من جهة أخرى بإعداد تصنيفين خاصين بهما .

أما تصنيف الصحة العالمية فقد عرف باسم التصنيف الدولي للأمراض ونشرت الطبعة التاسعة ١٩٧٩م . (I.C.D.- 9) أو مازال معمولا به. وصدرت أيضا الطبعة العاشرة وهي متداولة حاليا أما رابطة الأطباء النفسيين الأمريكية ، فقد أعدت تصنيفا خاصا بها يعمل به في الولايات المتحدة وبعض دول العالم وسمي بالدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية (D.S.M.) وظهرت أول صورة منه في ١٩٥٢ ثم الثانية ١٩٦٨ والثالثة ١٩٨٠ والثالثة المعدلة ١٩٨٧ والرابعة في ١٩٩٣ ومعمول به حاليا . والصورة الخامسة سوف تنتشر لاحقا للعمل بها .

يعتبر الدليل التشخيصي الإحصائي الأمريكي بالغ الأهمية من حيث طريقة الإعداد ، وانتشار استعماله ، إذ إنه ترجم لعدد كبير من لغات العالم ويستخدم حاليا بالإضافة إلى التصنيف الدولي في أوربا الغربية والولايات المتحدة وكندا ومعظم بلدان أمريكا اللاتينية .

والتصنيف شكل من أشكال تكوين المفهوم ، يستخدم كلما بذلت محاولات للسيطرة علي البيئة وهو أساس اللغة ، فكل الأسماء تقوم بتعريف الفئات وهو سمة للمراحل الأولية في كل علم ، والتي يقوم خلالها الباحثون بمحاولة ترتيب بياناتهم عن طريق تصنيف ملاحظاتهم (Koles E.M.1992) (ا . م . كولز ١٩٩٢) .

ومن الواجب أن نميز بين التصنيف والتسمية . فالتسمية هي مجموع الأسماء أو التشخيصات أو العناوين التي تطلق علي الأفراد أو علي المجموعات منهم للإشارة إلى أنهم يشتركون في خصائص هامة لها دلالتها بالنسبة لمن يعانون من أمراض .

وتتضمن التسمية تعريفا أو وصفا للمصطلح يشمل الأعراض وزملاتها وتجمعات هذه الاضطرابات ، أما التصنيف فهو عليه كشف أو خلق لنظام يندرج فيه الأفراد المتشابهون أو الجماعات المتشابهة في طبقات أو فئات ينظر إليها كوحدات ، ومن ثم يمكن اختصار التعدد الطبيعي الهائل .

تتطلب التسمية دقة التعريف وتقنينه وهو أمر بالغ الصعوبة في تناول الأمراض النفسية والعقلية . ويتطلب التصنيف أن يكون شموليا وألا تتداخل الفئات وأن يكون علي أساس من أهم الخصائص وأهم العلاقات.

وإذا كان التصنيف بعامة من الخطوات الأولى والأساسية في التقدم العلمي، فإن الخبرة المتكررة تشير الي أن التصنيف علي أساس الأعراض لا يساعد إلى حد كبير في التنبؤ بتطور الحالة أو في فهم الاضطراب . وقد يختلف تصنيف نفس المريض من مستشفي لآخر . بل وأيضا قد يختلف التصنيف من بلد إلى آخر فما هو متعارف عليه في أمريكا قد لا يكون متعارفاً عليه في إنجلترا وهكذا .

فقد يصعب أحيانا أن نميز بين الوسواس القهري عن الهستيريا ، كما أن الفصامي الكتاتوني قد يعاني من هواجس البارانويا وحتى في الحالات التي يبدو أنه تتشابه فيها الأعراض ، فانه قد لا يتيسر الحكم بأن المشكلة قد نشأت من أسباب أو أسس واحدة ، ذلك أن نوع العرض قد لا يرتبط بالضرورة بأسبابه ، وقد تنشأ الأعراض المختلفة من نفس الأسباب . والأعراض انتقالية ومتغيرة إلا أن ما يكسبه المريض منها هو الذي يغلب أن يكون أكثر ثباتا ، إن فهم العلاقة الدينامية بين الأعراض والشخصية الكلية هو العمل التشخيصي الأكثر أهمية ، والواقع أنه يحتمل في بعض

الحالات أن يسبب التصنيف المستخدم ارتباطا أو تعقيدا بدلا من أن ينير السبيل أمامنا .

ومن الأمور ذات الدلالة أن طبيب الأمراض النفسية أو العقلية قليلا ما يحتاج إلى خدمات الأخصائي النفسي الإكلينيكي لتصنيف المريض في فئة معينة دون الأخرى ، ولكن أعظم ما يمكن أن يقدمه الأخصائي هو تحليله الدينامي للحالة ، فذلك بالإضافة إلى رؤية الطبيب، يمكن أن يكون له أكبر القيمة في فهم الحالة ولا ينبغي ذلك أن يسهم الأخصائي النفسي في التصنيف ذلك أن خدماته مطلوبة مثلا في التشخيص الفارق كما يحدث في التمييز بين الذهان والعصاب ، وبين الاضطراب الوظيفي والعضوي وبين العصاب والاضطرابات الناشئة عن إصابات عضوية ، وفي حسم مشكلة الضعف العقلي ومداه ونوعيته إلى غير ذلك من خدمات أخرى كثيرة ومتنوعة .

عودة ثانية إلى التصنيفات العالمية فهي كثيرة ومتنوعة ولكن نركز في هذا المجال علي تصنيف الصحة العالمية والمسمى بالتصنيف الدولي للأمراض العاشر (I.C.D.– 10).

والتصنيف الأمريكي المسمي الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية الطبعة الرابعة (D S M – IV) .

وكذلك التصنيف الروسي للأمراض النفسية والعقلية وسوف نذكر هذه التصنيفات وهي أحدث ما توصل إليه العلم الحديث في معرفة التصنيفات الطبية النفسية .

لدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية الطبعة الرابعة

Diagnostic and Statistical Manual of Mental D.S.M.- IV

أهم صفاته

١ ـ استخدام المنهج الوصفي

يكتفي الدليل بوصف الأمراض والمتلازمات الإكلينيكية بصورة شاملة ومفصلة دون التعرض للأسباب أو النظريات الخاصة بتفسير هذه الأمراض.

٢ ـ استخدام المحكات التشخيصية

لقد وضع مؤلفو الدليل مجموعات من المحكات الخاصة لتشخيص كل مرض . ثم جمعها بواسطة الملاحظة الإكلينيكية . ويشترط لتشخيص المرض توفر عدد معين من المحكات التابعة لكل مجموعة .

٣ ـ الوصف المنهجي

يعتمد الدليل في وصف الأعراض علي الأسلوب المنظم والواضح للأعراض بصورة أساسية وان كان يعتمد أحيانا علي المتغيرات الشخصية أو الزمنية مثل السن عند بداية المرض أو استمرار الأعراض .

٤ ـ تحديد شدة الاضطراب

لم يكتف مؤلفو الدليل بتحديد الفئات التشخيصية . بل ذهبوا الي صياغة التعريفات الخاصة بشدة الاضطرابات مثل طفيف ، متوسط ، شديد ، ومتحسن ، ومتحسن جزئيا ، أو متحسن تماما .

٥ ـ تعدد المحاور

يختلف الدليل عن كل النظم التشخيصية الأخرى في أنه لا يكتفي بتحديد التشخيص الإكلينيكي بل يشمل بالإضافة الي الحالة الإكليتيكية تحديدا لاضطراب الشخصية والمرض العضوي والضغوط النفسية والأداء العام ، وذلك من خلال خمسة محاور :

المحور الأول

التشخيص الإكلينيكي فصام أو اكتئاب .... الخ وكذلك الإدمان .

المحور الثاني

اضطراب الشخصية أو الاضطرابات الخاصة بنمو الأطفال والمراهقين مثل اعتلال شخصية من النوع البارانويدي أو اضطراب السلوك في طفل .

المحور الثالث

الأمراض العضوية

المحور الرابع

الضغوط النفسية الاجتماعية

المحور الخامس

تقويم الأداء العام .

٦ ـ الاستغناء عن مصطلح عصاب واستخدام مصطلح ذهان في أضيق الحدود .

كانت ثنائية عصاب وذهان سائدة في كل التصنيفات الطبية النفسية القديمة. وكان المقصود من مصطلح عصاب الاضطرابات الطفيفة والتي لا يختل فيها التحقق من صدق الأعراض مثل مرض الهستيريا والقلق ... الخ. أما الذهان فيشير إلى الحالات المرضية التي يختل فيها التحقق من صدق الأعراض بمعنى أن المريض يتقبل اختلال ادراكه الحسي أو تفكيره دون محاولة التأكد من صحتها بمطابقتها مع الواقع مثلما يحدث في حالة الهلاوس والضلالات . لقد تقلص استخدام هذين المصطلحين لأن الفائدة العملية من استعمالها أصبحت قليلة جدا . ولا تتفق مع معطيات البحوث والدراسات الحديثة.

٧ ــ التعامل مع التشخيصات غير الواضحة

من أهم مزايا الدليل طريقة تعامله مع الحالات التى يصعب البت في شأن تشخيصها ووضع ضوابط محكمة لتصنيفها .

وصف الدليل

المحور الأول : Axis I

يشمل هذا المحور التشخيصات الإكلينيكية وعددها ١٧ فئة تشخيصية

١ ــ اضطرابات الطفولة والمراهقة ــ اضطرابات النمو

Disorders usually first evident ininfancy-Childhood or adolescence

٢ ــ الاضطرابات العقلية العضوية

Organic mental disorders

٣ ــ اضطرابات تعاطي المواد الفعالة نفسيا

Psychoactive substance use disorders

٤ ــ الفصام

Schizophrenia

٥ ــ الاضطراب الضلالي

Delusional disorders

٦ ــ اضطرابات ذهانية غير مصنفة في مكان آخر

Psychotic disorders elsewhere classified

٧ ــ اضطرابات المزاج أو الاضطرابات الوجدانية

Mood disorders

٨ ــ اضطرابات القلق

Anxiety disorders

٩ ــ اضطرابات جسدية الشكل

Somatoform disorders

١٠ ــ الاضطرابات الانشقاقية

Dissociate disorders

١١ ــ الاضطرابات الجنسية

Sexual disorders

١٢ ــ اضطرابات النوم

Sleep disorders

١٣ ــ الاضطرابات الكاذبة

Factitious disorders

١٤ ــ اضطرابات التحكم في النزعة غير المصنفة في مكان آخر

Impulse control disorders not elsewhere classified

١٥ ــ اضطرابات (اختلال) التوافق

Adjustment disorders

١٦ ــ الاضطرابات الجسمانية الناشئة عن عوامل نفسية (سيكوسوماتيك)

Psychological factors affecting physical condition.

١٧ ــ اضطرابات الشخصية

Personality disorders

١٨ ــ حالات بحاجة إلى علاج لم تنشأ عن اضطراب مثل مشاكل زوجية ، مالية دراسية ... الخ .

Conditions not attributable to a mental disorders that are a focus of attention or treatment (v - codes)

المحور الثاني Axis II

يشمل هذا المحور اضطرابات الشخصية والطفولة والمراهقة (اضطرابات النمو) .

المحور الثالث Axis III

ويشمل أمراضا عضوية وإصابات مثل ارتفاع ضغط الدم ، السكر ، الصرع، كسر في الفخذ ... الخ .

المحور الرابع Axis IV

الضغوط النفسية الاجتماعية

Psychosocial stressors

المحور الخامس Axis V

تقييم الأداء العام Global assessment of functioning

شدة المرض

طفيف ــ متوسط ــ شديد ــ تحسن جزئي أو حالة متبقية أو تحسن كامل .

جدول رقم (٢)

الضغوط النفسية الاجتماعية في المحور الرابع

ضغوط متصلة (أكثر من ٦ شهور)		ضغوط حادة (أقل من ٦ شهور)	
مثل : خلافات زوجية مزمنة		مثل : وفاة زوج	
متصل	حاد	المسمي	الرمز
١	لا يوجد		
٢	طفيف	التخرج	عدم الرضا عن العمل
٣	متوسط	زواج ــ تقاعد	مشاكل مالية
٤	شديد	طلاق	بطالة
٥	بالغ	اغتصاب	مرض عضوي مزمن خطير
٦	كارثى	وفاة طفل- كارثة طبيعية	الأسر ــ الاعتقال
صفر	معلومات غير كافية أو عدم		

الضغوط النفسية والاجتماعية ــ أنواعها ــ علاقة الشخص مع الآخرين

١ ــ زواجية ٢ ــ أبوية ٣ ــ بين شخصية أخرى

٤ ــ مهنية ٥ ــ معيشية ٦ ــ مالية

٧ ــ قضائية ٨ ــ أمراض أو إصابات عضوية

٩ ــ أخري ١٠ــ عوامل أسرية

سلم تقييم الأداء الوظيفي العام

Global Assessment of Functioning (G.A. F)

يحسب سلم التقييم من أفضل أداء للمريض في السنة السابقة على تاريخ التقييم ويشمل ٣ مجالات : العلاقات الاجتماعية : الأداء المهني:

الأداء النفسي. يتم تحديد الأداء الحالي والأداء السابق . يبدأ السلم من ١ وينتهي عند ٩٠ .

٨١ ـ ٩٠ : أعراض طفيفة ـ أداء جيد في كل المجالات التي تهم الشخص ، بأنشطة عديدة ويشارك فيها ، كفء من الناحية الاجتماعية ، راض عن حياته بشكل عام ، لا يعاني من مشاغل ومشاكل الحياة اليومية العادية (خلاف طارئ مع أفراد الأسرة) .

٧١ ـ ٨٠ : وجدت أعراض ، يمكن اعتبارها ردود أفعال مؤقتة ومتوقعة للضغوط النفسية الاجتماعية ، مثلا صعوبة في التركيز بعد مشاجرة مع الأسرة ، مجرد عجز طفيف في الاداءات الاجتماعية والمهنية والدراسية (تخلف مؤقت في أداء الوظائف المدرسية) .

٦١ ـ ٧٠ : بعض الأعراض الخفيفة (اكتئاب وأرق طفيف) أو بعض الصعوبات في الأداء الاجتماعي ، المهني والدراسي ، الأداء بصفة عامة مرضي ويحتفظ ببعض العلاقات التي لها وزنها مع الآخرين .

٥١ - ٦٠ : أعراض متوسطة الشدة (ضحالة الانفعال - نوبات فزع نادرة - الاسترسال في الكلام) أو صعوبة متوسطة في العمل، الأداء الاجتماعي أو الدراسي (أصدقاء قليلون - صراعات مع الزملاء في العمل) .

٤١-٥٠ : أعراض خطيرة (التفكير في الانتحار ، طقوس وسواسية شديدة) أو عجز خطير في العمل ، العلاقات اللاجتماعية، الدراسية (ليس لديه أصدقاء ، عاجز عن الاستمرار في أي عمل) .

٣١-٤٠ : بعض العجز في اختبار الواقع أو الاتصال (كلام غير منطقي، غامض أو غير متصل بالسؤال في بعض الاحيان) عجز جسيم في مجالات عديدة كالعمل ، المدرسة العلاقات الأسرية ، الحكم غير الصحيح على الأمور ، التفكير ، الانفعال (مكتئب يهمل عمله وأسرته، عاجز عن العمل) .

٢١-٣٠ : تأثر السلوك تأثراً بالغاً بالضلالات والهلاوس أو عجز خطير في الاتصال والحكم على الأمور (كلام غير مفهوم) أو عجز في الأداء في كل المجالات تقريباً .

١١-٢٠ : يحتمل أن تؤذى نفسه أو الغير (محاولات انتحارية غير جادة بدون توقع واضح للوفاة) ، العنف المتكرر أو العجز أحياناً عن المحافظة على نظافته الشخصية (يلطخ نفسه بالبراز) أو عجز شديد في الاتصال (كلام غير مفهوم باستمرار أولا يتكلم بأمره) .

١-١٠ : خطر بصورة مستمرة على نفسه أو الغير (عنف مستمر) وعجز مستمر عن المحافظة على أدنى مستويات النظافة الشخصية ومحاولات انتحار (جادة يهدف منها إلى الموت بوضوح) .

٥ ـ التشخيص الدينامي

التشخيص الإكلينيكي ينظر إليه بوصفه عملية من مرحلتين .

١ ـ الوصف المبني علي كل البيانات التي جمعت عن المريض .

٢ ـ تفسير هذه النتائج بصورة تكشف عن نمط أو نسق له دلالة إكلينيكية

ونجد في التحليل الدينامي لشخصية المريض ، احتلال الدوافع وأنواع الصراع مركز الاهتمام . إلا أن النظرة الي الدوافع تختلف باختلاف نظرية الشخصية ، فالمحلل النفسي يتحدث عن الدوافع الغريزية التي تتعارض مع مطالب البيئة ، وموراي يتحدث عن الحاجات في صراعها مع ضغوط البيئة ، وليفن يتحدث عن القوى في المجال ، إلا أن الكل ينظر إلى الصراع بين الدوافع بوصفه أساسا للعصاب .

ولا يكفي الكشف عن مواطن وأنواع الصراع لفهم المشكلة بل يتعين الكشف عن الميكانيزمات التي يلجأ إليها المريض للتخفيف من حدة الصراع.

ونتساءل هل التشخيص ضرورة أساسية للعلاج النفسي ؟

اختلفت الإجابة علي هذا التساءل فنجد مدرسة روجرز في العلاج ـ المتمركز ـ حول العميل نادت في مراحلها الأولى بأن التشخيص ليس مطلبا ضروريا للعلاج وأنه من الأفضل إشراك العميل فيه قدر الإمكان.

ويري أنصار هذه المدرسة مع بعض أنصار التحليل النفسي أنه من الممكن عادة بعد ساعات قليلة من المقابلات العلاجية أن نعرف عن المريض أكثر مما نستطيع معرفته عن طريق الأدوات التشخيصية المتوفرة لدينا .

ويمكن النظر الي المقابلة العلاجية علي أنها أداة تشخيصية .

٦ ـ الفحص الإكلينيكي للحالة النفسية

الغرض من الفحص النفسي هو اكتشاف أسباب عدم سعادة الفرد وصعوبة توافقه الاجتماعي ، وكيفية نشأة اضطرابات الشخصية والنفسية التي أدت إلى مجيء المريض للمساعدة وطلب العلاج .

ويجب أن يحذر المعالج أثناء مناقشته مع المريض أن يلعب دور الواعظ أو المرشد أو القاضي أو أن يعامل المريض كمتهم يعترف بخطاياه أو أن يتقمص دور المعلم أمام تلميذه ، بل يجب الإحساس بمشاعر المريض ، واحترام كافة انفعالاته مهما تكن غريبة أو شاذة ، ومحاولة دراستها موضوعيا دون التورط الانفعالي ، وعادة ما يلجأ المعالج في فحصه لمسح كامل للمريض منذ ولادته حتى وقت مجيئه للفحص . يتبع الخطوات الآتية .

١ ـ الاسم : العمر : العنوان : الحالة الاجتماعية ـ العمل .

٢ ـ الشكوى : أما من المريض أو من أحد أقربائه إن كان قاصرا أو غير مستبصر بمرضه .

٣ ـ تاريخ المرض : يؤخذ تطور الأعراض والعلاقات منذ بدء المرض بالتفصيلات اللازمة بالتوقيت الزمني المرتب مع مراحل العلاج المختلفة

٤ ـ التاريخ العائلي : الأب ـ السن ـ أو سبب الوفاة ـ وشخصيته وعمله ـ وعلاقته مع أطفاله .

٥ ـ الأم : دراسة تفصيلية لشخصيتها وعلاقاتها

٦ ـ الإخوة والأخوات : العدد ، وعلاقاتهم الشخصية فيما بينهم ، وأعمالهم وأمراضهم ، وعامل المنافسة .

٧ ـ الحالة الاجتماعية للعائلة : مناخ وتأثير الجو العائلي ، تعدد الزيجات والطلاق .

٨ ــ أمراض عائلية : يجب الاستفهام عن أي مرض عصابي أو ذهاني أو عصبي أو إدمان أو صرع أو اضطرابات في الشخصية بين أفراد العائلة .

٩ ــ التاريخ الشخصي : مكان الولادة ــ حالة الأم أثناء الحمل طبيعة ومضاعفات الولادة ــ الرضاعة طبيعية أو خارجية .

١٠ ــ أعراض عصابية في الطفولة : كالفزع الليلي ، الجوال الليلي ، شدة الانفعالية ، التبول الليلي ، مص الإبهام ، قضم الأظافر ، التلعثم ، طقوس حركية .

١١ ــ المدرسة : درجة تحصيله الدراسي ، سبب ترك المدرسة مع الإلمام بهواياته وعلاقته مع زملائه في المدرسة .

١٢ــ العمل : السن الذي بدأ العمل ، نوع الأعمال وسبب هجرته أو تغييره لها ومدى رضائه عن عمله ، وطموحة والناحية المادية في العمل .

١٣ ــ الجنس : سن البلوغ أو بدء الدورة الشهرية والآلام المصاحبة لها ، المعلومات والثقافة الجنسية ــ ممارسة العادة السرية وما يصاحبها من الشعور بالإثم ــ ممارسة أي نشاط جنسي آخر ــ العلاقة مع الجنس الآخر ، الاستجناس أو البهيمية أو الاحتلام الليلي ... الخ .

١٤ ــ الزواج : مدته ــ المعرفة قبل الزواج ــ مدة الخطوبة ــ عمر الزوج والزوجة ــ مدى توافقهما العاطفي والجنسي ، عدد مرات الجماع الجنسي ودرجة الإشباع ــ البر ود الجنسي ــ

١٥ــ العادات : الخمر ــ مخدرات ــ السجاير

١٦ ــ التاريخ المرضي السابق : أي أمراض جسمية أو نفسية سابقة وكيفية علاجها .

١٧ ــ الشخصية قبل المرض : العلاقات الاجتماعية مع الأصدقاء وفي العمل ، النشاط الفكري والهوايات ، المزاج والتفاؤل والتشاؤم ، القلق والتذبذب الانفعالي مع معرفة سلوكه مع الغير ، والشك والأنانية ، والعناد ، والصلابة ، والمرونة والخجل والتخطيط ، مع القيم الأخلاقية والمعايير الدينية وطموحه مع أحلام اليقظة ، وعاداته في الأكل والنوم.

١٨ ـ الفحص الجسمي : وعادة ما يقوم به الطبيب ويشمل أجهزة الجسم المختلفة ، الجهاز العصبي ، البطن ، والصدر ، القلب ، ضغط الدم . ... الخ .

٧ ـ الفحص النفسي والعقلي

١ ـ السلوك : وصفه ـ إهماله لذاته ، الخجل ، القلق ، الاستثارة ، الهبوط ، الحركات اللاإرادية ، علاقاته مع المرضى الآخرين والأطباء.

٢ ـ الكلام : يتكلم كثيرا أو قليلا ـ يجاوب بنعم أو لا ، ترابط الكلام أم تطايره من موضوع لموضوع ، السرعة أو البطء في الكلام .

٣ ـ المزاج : قلق ـ مكتئب ـ منبسط ، متبلد ، متجمد أو غير مناسب.

٤ ـ التفكير : المحتوى ، والتعبير ، مجري التفكير ، التحكم فيه وقدرته علي وصف أعراضه وترتيب وتنسيق أفكاره وإمكانية التفكير التجريدي ، تفكك أو ترابط التفكير . إذاعة أو نشر الأفكار.

٥ ـ الضلالات : اعتقادات خاطئة اضطهادية ، أو عظمة ، أو غيره ، أو تلميح أو تأثير أو توهم . علل بدنية يجب الحرص في هذه الأسئلة علي محتوياتها وتعليلات المريض .

٦ ـ الهلاوس والخداع : إدراكات بصرية أو سمعية أو حسية دون وجود مؤثر .

٧ ـ المظاهر القهرية : من الأفكار والصور والاندفاعات ، والمخاوف والطقوس الحركية والتي يعرف المريض تفاهتها ويحاول المقاومة دون جدوى حيث تتغلب عليه قهريا .

٨ ـ التعرف : للزمان والمكان

٩ ـ الذاكرة : بالنسبة للأحداث القريبة التي تشير إلى مرض عضوي في المخ أو الأحداث البعيدة ، ويستحسن أن نقص علي المريض قصة بسيطة ثم نطلب إعادتها أثناء أو بعد الفحص .

١٠ ـ الانتباه والتركيز : خاصة في تشوش الوعي ـ ويمكن سؤاله أن يعد الأيام بعكس ترتيبها ، أو بطرح ٧ من ١٠٠ وهكذا .

١١ ـ الذكاء : إما بتطبيق الاختبارات الخاصة أو بدراسة الحالة إكلينيكيا .

١٢ ـ الاستبصار : إقناع المريض بمرضه ورغبته في العلاج .

الفصل الثامن
الاضطرابات النفسية والعقلية

١ ـ الاضطرابات النفسية

٢ ـ الاضطرابات النفسية المرتبطة بالكرب وجسدية الشكل

٣ ـ الاضطرابات العقلية

٤ ـ اضطرابات المزاج

٥ ـ اضطرابات استخدام المواد الفعالة نفسيا

٦ ـ الاضطرابات الجنسية

٧ ـ الأمراض السيكوسوماتية (النفس جسمية)

٨ ـ التخلف العقلي

٩ ـ الاضطرابات العقلية والعضوية

١٠ ـ اضطرابات الشخصية

الفصل الثامن
الاضطرابات النفسية والعقلية

١.الاضطرابات النفسية

مقدمـــة

تعد مشكلة تصنيف الاضطرابات النفسية والعقلية من المشاكل التـــي خضعت للبحث والدراسة منذ نشأ علم النفس والطب النفسي فكـــان قبـــل ظهور المدارس العلاجية يصنف المرض الي المرض النفســـي والمـــرض العقلي ولكن مع تطور العلم وكثرة التفسيرات والأبحاث وتطـــور مفـــهوم المرض النفسي أصبحت الآن التصنيفات تأخذ شكلا مغـــايرا فـــأصبح لكـــل مدرسة تصنيفاتها وتشخيصاتها فعلي سبيل المثال التصنيف الأمريكي قـــد يختلف عن التصنيف الإنجليزي كل حسب ثقافة المجتمع والمنهج المستخدم فقد يكون مريض فصامي في أمريكا ولكنه يشخص في إنجلترا بـــاضطراب آخر وهكذا فالتعدد والتنوع واختلاف الثقافات أصبح هو السمة السائدة فـــي مجال التصنيف ونحن في هذا الصدد نعتمد علي أن أي اضطراب هو إما أن يكون اضطرابا نفسيا أو اضطرابا عقليا ونبتعد عن كلمة المريض . ونجـــد أن كلمة المريض النفسي (العصابي) أو المريـــض العقلـــي (الذهـــاني) انتشرت في كافة المجالات حتى شاعت حتى في وسائل الإعلام ، ولكننـــا إذا تساءلنا من هو المريض النفسي ؟ نجد صعوبة في التعريف ... هل هو حقا مريض؟ أم أنها كلمة تطلق علي كل من يعجز عن التكيف مع المجتمـــع أو يتأقلم مع من حوله ، وهو في خلال ذلك يتألم ويعاني ، وأثناء هذه المعاناة قد يخلق أو يبدع ، وينتج أو قد يختلف أو يكافح للوصول إلى غاياته وهـذه الحضارة أو أحيانا ما يتوقف تماما نتيجة لمعاناته بخضوع جهازه العصبـــي لاستجابات القلق والاكتئاب والهستيريا والوسواس ، إذن فالعصابي إنســـان غير قادر علي التكيف ، سواء للأفضل أو للأسوأ وفي كلا الحالتين ينبغـــي الحذر أن نصمه بالمرض .

وفي عام ١٩٨٠ قررت الجمعية الأمريكية للطب النفسي في التصنيف لأمراض الطب النفسي إلغاء كلمة العصاب نظرا لسوء اســـتعمال الكلمـــة . ولكن الحقيقة أن معظـــم الاضطرابـــات النفســـية " العصابيـــة " تتبـــادل

الأعراض، وتختلف صفاتها في المتابعة الطولية ومن ثم يتغير التشخيص من وقت لآخر مما يسبب نوعا من الاختلاط.

ولكن نجد التصنيف العالمي العاشر لسنه ١٩٩١ للأمراض والتابع لمنظمة الصحة العالمية أبقي علي فئة العصاب تحت عنوان الاضطرابات العصابية المرتبطة بالكرب والجسدية الشكل حيث إنها تشترك في صعوبة الفرد في التكيف مع أحداث وكروب الحياة مما يؤثر علي سلوكه الشخصي وإنجازه في العمل .

وعلي نفس الخطى بالنسبة للمريض العقلي أو ما يطلق عليه من العامة " المجنون " ففي الواقع لا يوجد مثل هذا اللفظ في قاموس الطب النفسي ولكن تستعمل هذه الكلمة أحيانا في الإطار القانوني والجنائي .

وتكمن الصعوبة فالمريض العقلي نسبي حسب المجتمع والبيئة فإذا اختلف فرد في عقائده السياسية مع بيئته وثار عليها واتهم زعماءها بأنهم عار علي المجتمع فقد يحتمل في بعض الدول أن يودع في إحدى مستشفيات الأمراض العقلية بوصفه مصابا بجنون العظمة . وفي دول أخري قد يوضع في السجون باعتبار أن تطرفه مؤذ للمجتمع، علي حين يسمح له بالتعبير عن كل انفعالاته في دول أخرى.

والفرق بين المريض النفسي والعقلي أن المريض النفسي أشبه بالفرد الذي يبني قصورا في الهواء أما المريض العقلي فهو يعيش في قصور من الهواء ، أي أن المريض النفسي يتميز بتغير في كمية الأعراض التي تجعله يختلف عن السوي كميا أما المريض العقلي فيتميز بتغير كيفي ونوعي مما يجعل اتصاله بالواقع يختل اختلالا واضحا من صفة التفكير والإدراك والشخصية .

وفي هذا الفصل سوف أستخدم كلمة الاضطراب النفسي والاضطراب العقلي بدلا من المرض النفسي والمرض العقلي . كذلك لا أتتطرق إلى علاج هذه الاضطرابات وسيكون ذلك في موضع آخر إن شاء الله أما في هذا الفصل فأكتفي بالتعريف بالاضطراب والأعراض .

كذلك أود الإشارة الى أنني استعنت في هذا الفصل بكتاب (د . أحمد عكاشة ، الطب النفسي المعاصر ١٩٩٢)وبعض الكتب الأخرى التي تخدم المجال وسيرد ذكرها بالمراجع .

٢ ـ الاضطرابات النفسية المرتبطة بالكرب وجسدية الشكل

١ ـ اضطراب القلق العام القلق النفسي

GENERALIZED ANXIETY DISORDER

يعرف القلق بأنه شعور عام غامض غير سار بـالتوجس والخـوف والتحفز والتوتر مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية خاصة زيـادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي يأتي في نوبات تتكرر في نفس الفرد .

الأعراض الإكلينيكية للقلق النفسي

١ ـ القلق الحاد

١ ـ حالة الخوف الحاد panic state

ويتمثل في ظهور التوتر الشديد ، والقلق الحاد المصحـوب بكـثرة الحركة وعدم القدرة علي الاستقرار مع سرعة التنفس ، والكلام السـريع غير المترابط

٢ ـ حالة الرعب الحاد

TERRAR STATE

وهي حالة من عدم الحركة والسكون المستمر مع تقلص العضـلات والارتجاف مع ظهور عرق بارد وغزير .

٣ ـ أعياء القلق الحاد

ANXIETY EXHOSTION SYNDROME

وفيه يصاب الفرد بإجهاد جسيم وأرق شديد لعدة أيام وعندما يستمر القلق الحاد لمدة طويلة دون شفاء يتعرض المريض للقلق المزمن.

القلق المزمن

الأعراض تتمثل في :

١ ـ أعراض جسمية هي :

يشعر المريض بآلام عضلية فوق القلب والناحية اليسرى من الصـدر مع سرعة دقات القلب ، بل والإحساس بالنبضات في كل مكان ويبدأ في عد سرعة النبض ، وان حاول النوم يحس بالنبضات في رأسـه ومخـه مما يجعله في حالة ذعر من احتمال حدوث انفجار في المخ .

٢ ـ الجهاز الهضمي

من أهم الأجهزة التي يظهر بها القلق النفسي ، ويكون فـي هيئـة صعوبة في البلع ، أو الشعور بغصة في الحلق ، أو سوء هضم والانتفـاخ وأحيانا الغثيان والقيء ، والإسهال أو الإمساك .

٣ ــ الجهاز التنفسي

يشكو المريض من سرعة التنفس ، والنهجان والتنهدات المتكررة مع الشعور بضيق الصدر وعدم القدرة علي استنشاق الهواء .

٤ ــ الجهاز العصبي

يظهر القلق في شدة الانعكاسات العميقة عند فحص الجهاز العصبي للمريض مع اتساع حدقة العين ، وارتجاف الأطراف ، خصوصا الأيدي مع الشعور بالدوار والدوخة والصداع .

٥ ــ الجهاز البولي

يتعرض معظم الأفراد لكثرة التبول والإحساس الدائم بضرورة إفراغ المثانة وذلك عند الانفعال الشديد ، كما يحدث قبل الامتحانات .

٦ ــ الجهاز العضلي

البرود فى أجزاء مختلفة في الجسم مثل ألم في الساقين أو الذراعين، والظهر وفوق الصدر .

٧ ــ الجلد

القلق عامل أساسى في أسباب نشأة الكثير من الأمراض الجلدية، مثل حب الشباب ، والإكزيما ، والارتكارية ، والصدفية والبهاق وسقوط الشعر .

٨ ــ جهاز الغدد الصماء

من أهم زيادة إفراز الغدة الدرقية والبول السكري .

ب ــ الأعراض النفسية

١ ــ الخوف

مثل الخوف من الأماكن المغلقة أو الأماكن المتسعة أو الخوف من الأمراض مثل الخوف من السرطان والدرن والخوف من الموت أو الجنون أو الخوف من بلع اللسان ، أو توقف الطعام في الحلق، أو انفجار شرايين المخ ..

٢ ــ التوتر أو التهيج العصبي

مثل فقد الأعصاب بسهولة و لأتفه الأسباب ، تضرب الأم أولادها. الحساسية لأي ضوضاء ، ثورة الزوج علي زوجته من إجابة عادية واتهامها بأنها تعتدي علي كرامته .

٣ ــ عدم القدرة علي التركيز

ومنها سرعة النسيان والسرحان ، مع الشعور بالاختناق والصـــداع والإحساس بضغط علي الرأس ويبدأ في القلق علي أتفه الأسباب والأمـــور ويضخمها في رأسه .

٤ ــ فقدان الشهية

مع نقص في الوزن والأرق الذي يتميز بصعوبة في النوم .

٥ ــ شرب الخمر

أو تناول العقاقير المنومة أو المهدئة كمحاولة للتخفيف من أعــراض القلق النفسي . مما يؤدي أحيانا الي حالات إدمان.

٢ ــ اضطراب القلق والاكتئاب المختلط

MIXED ANXIETY and DEPRESSES DISORDER.

هذا التشخيص يستخدم عندما يتواجد كل من أعراض القلق والاكتئاب دون غلبة أحدهما علي الآخر ودون أن يتواجد أي من نوعـــي الأعــراض لدرجة تبرر استخدام تشخيص مستقل ، أما إذا تواجد كـــل مـــن أعــراض الاكتئاب والقلق وكان كلاهما شديدا بدرجة كافية تبرر تشـــخيصا مســـتقلا عندئذ يسجل كل من الاضطرابين ولا يجوز استخدام هذه الفئة إلا إذا كانت هناك أسباب عملية تستدعي تسجيل تشخيص واحد عندئذ تعطي الأولويـــة للاكتئاب .

٣ ــ اضطراب الهلع (القلق النوابي)

Panic disorder episodic paroxysmal anxiety

السمة الأساسية هي نوبات متكررة من القلق الشديد لا تقتصر علـــي موقف محدد أو مجموعة من المواقف وبالتالي لا يمكن التنبؤ بها. وتتباين الأعراض البارزة من شخص الي آخر كما هو الحال بالنسبة لاضطرابـــات القلق الأخرى . ولكن تشيع البداية المفاجئة للخفقان وألم الصدر وأحاسيس الاختناق والدوار وأحاسيس باللاواقعية (تبـــدد الشـــخصية والواقعيـــة) ويترتب علي ذلك دائما وبشكل ثابت وجود خوف ثـــانوي مـــن المـــوت أو فقدان التحكم في النفس أو الجنون وتستمر كل نوبة علي حدة لمدة دقـــائق فقط وان كانت تطول عن ذلك أحيانا .

٤ ـ القلق الرهابي

Phobic anxiety disorders

هي مجموعة من الاضطرابات يستثار فيها القلق فقط أو أساسا بواسطة مواقف أو أشياء معينة ومحددة جيدا (خارجة عن نطاق الشخص) والتي لا تحمل في حد ذاتها خطرا . ويترتب علي ذلك تجنب هذه المواقف والأشياء أو احتمالها بصعوبة ويمكن تميز قلق الرهاب ذاتيا وفسيولوجيا وسلوكيا عن أنواع القلق الأخرى . وقد يتباين في شدته بين عدم راحة خفيف وهلع . وقد يتركز انشغال الشخص على أعراض فردية مثل الخفقان أو الشعور بالإغماء وكثيرا ما تصاحبه مخاوف ثانوية من الموت أو فقدان التحكم أو الجنون .

٥-اضطراب الرهاب الخوف

Phopic disorder

استجابة الخوف هي صله تأمين لاشعورية يحاول المريض أثناءها عزل القلق الناشئ من فكرة أو موضوع أو موقف معين في حياته اليومية وتحويله إلى فكرة أو موضوع أو موقف رمزي ليس له علاقة مباشرة بالسبب الأصلي ، ومن هنا ينشأ الخوف الذي يعلم المريض عدم جدواه . وأنه لا يوجد أي خطر عليه من تعرضه لهذا المنبه ، وعلى الرغم من معرفته التامة لذلك إلا أنه لا يستطيع التحكم أو السيطرة على هذا الخوف ، والذي يمثل كما سبق الخوف من شيء آخر داخله يعبر عنه بهذا الخوف الخارجي ،ومن ثم لا يواجه الصراع الداخلي بنفسه ويحوله إلى مواقف خارجية رمزية .

وتعرف استجابة الخوف كالآتى :-

١-أنها غير متناسبة مع الوقت

٢-لا يمكن تفسيرها منطقيا

٣-لا يستطيع الفرد التحكم فيها إراديا

٤ ـ تؤدى إلى الهروب وتجنب المواقف المخيفة

وتقسم إستجابه الخوف كالآتى :

أ ـ رهاب الخلاء (الساحة أو الاماكن المتسعة)

Agoraphobia

مجموعة محددة نسبيا من اضطراب الرهاب وتشمل مخاوف من مغادرة المنزل أو الدخول إلى المحال أو الزحام أو الأماكن العامة . أو

السفر وحيدا في القطارات أو الأتوبيسات أو الطائرات ويكـــون اضطـــراب الهلع سمة متكررة الحدوث في النوبات الحالية والماضية .

ب ــ رهاب إجتماعى

Social- Phobia

هو الخوف من الوقوع تحت ملاحظة من الآخرين مما يـــؤدى إلـــى تجنب المواقف الإجتماعيه أو عادة ما يصاحب المخاوف الإجتماعية العامـــة تقييم ذاتي منخفض وخوف من الغد . وقد يظهر على شكل شـــكوى مـــن احتقان الوجه أو رعشة باليد ، أو غثيان أو رغبة شديدة في التبول ويكون المريض مقتنعا أن واحدا ، من هذه الظاهرة الثانوية هي مشكلته الأساسية وقد تتطور الأعراض إلى نوبات هلع .

ج ــ رهاب محدد (منفرد)

SPECIFIC ISOLATED PHOBIAS

رهاب يقتصر على مواقف شديدة التحديد مثل الاقتراب من حيوانـــات ،الأماكن المرتفعة ، الرعد الظلام ، الطيران ، الأماكن المغلقة ،التبـــول أو التبرز في مراحيض عامة ، تناول مأكولات بعينها ، طب الأسنان ، منظـــر الدم أو الجروح ، الخوف من التعرض لأمراض معينة ، وبـــالرغم مـــن أن الموقف مثير محدود إلا أن التعرض له قد يثير رعبا كما في حالات رهـــاب الخلاء والرهاب الاجتماعي ، تبدأ أنواع الرهاب المحدد عادة في الطفولة أو في مقتبل العمر وقد تستمر لعقود من الزمن إذا لم يتم علاجـــها وتتوقـــف شدة الإعاقة على السهولة التي يستطيع بـــها الشـــخص تجنـــب الموقـــف الرهابى . ويتميز الخوف الرهاب المحدد بأنه غير متذبذب بعكـــس رهـــاب الخلاء .

٦ــ اضطراب الوسواس القهري

OBSESSIVE COMPULSIVE DISORDER

التعريف

الوسواس القهرى مرض عصابى يتميز بالآتى :-

١ ــ وجود وساوس في هيئة أفكار أو اندفاعات أو مخاوف .

٢ ــ أعراض قهرية في هيئه طقوس حركية مستمرة أو دورية .

٣ ــ يقين المريض بتفاهة هذه الوساوس ، ولا معقوليتها ، وعلمه الأكيـــد أنها لا تستحق منه هذا الاهتمام .

٤ ــ محاولة المريض المستمرة لمقاومة هذه الوساوس وعدم الاستسلام ولكن مع طول مدة المرض قد تضعف درجة المقاومة.
٥ ــ إحساس المريض بسيطرة هذه الوساوس ، وقوتها القهرية عليه ، مما يترتب عليه شلله الاجتماعي وآلام نفسية وعقلية شديدة .

فالمريض بالوسواس القهري يعلم علم اليقين بعدم صحة أفكاره ولذا فهو يعاني من مرض عصابي ، أما المريض بالاعتقاد الخاطئ فهو مقتنع تمام الاقتناع بصدق اعتقاده ولذا فهو مريض ذهاني .

أسباب الوسواس القهري

١ ــ العامل الوراثي : يلعب العامل الوراثي دورا هاما في نشأة الوسواس القهري حيث وجد أن بعض أولاد المرضى بالوسواس يعانون من نفس المرض .
٢ ــ اضطراب فسيولوجي عدم اكتمال نضج الجهاز العصبي
٣ ــ وجود بؤره في المخ كهربائية نشطة لخاء المخ وتسبب فكرة أو حركة أو اندفاعا .
٤ ــ اضطراب الشخصية الو سواسية والتي تتميز بالصلابة وعدم المرونة ، وصعوبة التكيف والتأقلم للمظاهر المختلفة مع حب النظام الروتيني وضبط المواعيد والدقة في كل الأعلام والاهتمام بالتفصيلات

الأعراض الإكلينيكية

١ ــ الأعمال الو سواسية وتتمثل في : ــ

أ ــ الأعمال والصور

Ideas and Images

تسيطر علي المريض فكرة خاصة ، أو صورة لمنظر ما حميد أو كريه أو جمل معينه تتردد علي مخه أو نغمة موسيقية مستمرة في تفكيره.

ب ــ الاندفاعات

Impulses

يشعر المريض بإلحاح مسيطر ورغبة جامحة ، أو اندفاع لأن يقوم بأعمال لا يرضى عنها ، ويحاول مقاومتها ولكن تسيطر عليه هذه الرغبة بإلحاح وبقوة وعادة ما تكون هذه الاندفاعات في هيئة عدوانية أو انتحارية.

ج ــ ــ اجترار الأفكار

Rumination

تنتاب المريض أفكار وأسئلة لا يمكن الإجابة عنها ويحاول التخلص منها لماذا نعيش ... ولماذا نموت ؟

د ــ المخاوف القهرية

Phobias

ترتبط المخاوف القهرية دائما بالأفكار أو الصور والاندفاعات والطقوس الحركية فتكون المخاوف وسيلة للهروب من الموقف القهري الذي تسببه الأعراض الأخرى .

هـ ــ الطقوس الحركية

Rituals

وتأخذ هيئة الرغبة الجامحة المسيطرة للقيام بحركات معقدة معينه للتخلص من إلحاح الفكرة الخاصة بذلك ومن أشهر الأمثلة غسيل الأيدي مئات المرات .

٧ــ استجابة الكرب (المشقة) الشديدة واضطرابات التوافق

Reaction to severe stress and adjustment disorders

أ ــ استجابة الكرب الحادة (الاستجابة الحادة لكرب حاد.أو المشقة)

Acute Stress Reaction

اضطراب عابر على درجة دالة من الشدة ويتكون دون وجود أي اضطراب عقلي واضح آخر كاستجابة لكرب جسمي أو عقلي جسيم والذي يخمد عادة خلال ساعات أو أيام .

مؤشرات تشخيصية

يجب أن توجد علاقة زمنية مباشرة وواضحة بين وقوع الحدث وبداية الأعراض ، عادة لا تتجاوز هذه الفترة بضع دقائق لم تكن فورية.

و الأعراض

١ ــ تعكس نمطا مختلفا وغالبا متغيرا ، فبالإضافة إلى حالة شدة الذهول الابتدائية قد يشاهد اكتئاب وقلق وعصب ويأس وزيادة في النشاط أو انسحاب . ولكن لا تستمر هذه الأعراض بارزة لفترة طويلة.

٢ ــ تخفت سريعا في خلال بضع ساعات على الأكثر .

ب ــ اضطراب الكرب بعد صدمة .....

Post – Traumatic Stress Disorder

يظهر هذا الاضطراب كرد فعل متأخر وممتد زمنيا لحدث أو إجهاد ذي طابع يحمل صفة التهديد أو الكارثة الاستثنائية ، وينتظر منه أن يحدث ضيقا عاما لأي شخص .

الأعراض النمطية تتضمن نوبات من اجترار الحادث من خلال ذكريات اقتحامية مع أحلام أو كوابيس ، والتي تحدث علي خلفية مستمرة من الإحساس بالحذر والتبلد الانفعالي ، والانفصال عن الآخرين وعدم الاستجابة للعالم المحيط ، وعدم التمتع مع تجنب النشاطات والمواقف التي قد تتركز بالحادث وعادة ما يكون هناك خوف وتجنب لرموز تذكر المصلب بالحادث الأصلي . ويشيع تزامن القلق والاكتئاب مع الأعراض والعلامات المذكورة أعلاه ، كما أن التفكير بالانتحار ليس نادرا .

جـ ــ اضطراب التوافق

ADJUSTMENT DISORDERS

حالات من الضيق الذاتي والاضطراب الانفعالي ، غالبا ما تتداخل مع الوظيفة والأداء الاجتماعيين ، وتظهر أثناء فترة التوافق مع تغير ذي دلالة في الحياة أو مع تبعات حادث حياتي شديد الإجهاد . وقد يترك الحادث أثرا في تكامل النسيج الاجتماعي للشخص .

ويلعب الاستعداد الشخصي للفرد دورا أساسيا في تحديد احتمال حدوث وتشكيل مظاهر اضطرابات التوافق ومع ذلك فالمفترض أن الحالة ما كانت لتحدث دون وقوع الحدث الشديد الكرب .

مؤشرات تشخيصية

يعتمد التشخيص علي تقييم دقيق للعلاقة بين :

١ ــ شكل ومضمون وشدة الأعراض

٢ ــ التاريخ السابق والشخصية

٣ ــ الحدث الشديد الإجهاد أو الموقف أو الأزمة الحياتية .

الهستيريا Hysteria

تفسير الهستيريا

هي مرض شائع وقديم وكان يعتقد أنه يصيب النساء فقط بسبب تجوال الرحم في جسم المرأة طلبا للإشباع الجنسي ولكن فسر فرويد الهستيريا علي أنها نتيجة صراع بين الذات العليا وبعض النزعات الجنسية التي لا تقبلها الذات وينتج عن هذا الصراع ما سماه بالكبت ولما كان

الكبت لا يكون تاما " كبت جزئي " فلهذا تحاول تلك النزعات أن تعبر عن نفسها تعبيرا غير مباشر عن طريق تحولها إلى صورة مرض جسمي بمعنى أنها تهرب من اللاشعور في صورة تنكرية " صورة العرض الجسمي" .

ولكن الهستيريا تحدث نتيجة عديد من الأسباب أهمها التكيف الناقص أو الفشل في مواجهة الحياة الواقعية ، والتعبير عن الحيرة والارتباك إزاء المواقف التي لا يحتمل الشخص مواجهتها وذلك بسبب الصراعات النفسية في حياته الماضية نتيجة ما لقوة من ضروب الحرمان والكبت الانفعالي والإحباط .

تعريف الهستيريا

تعرف علي أنها مرض عصابي أولي يتميز بظهور علامات وأعراض مرضية بطريقة لا شعورية ويكون الدافع في هذه الحالة الحصول علي منفعة خاصة أو جلب الاهتمام ، أو الهروب من موقف خطير أو تركيز الاهتمام علي الفرد كحماية للفرد من الإجهاد الشديد .

أعراض الهستيريا

أعراض الهستيريا متنوعة ومن أهم هذه الأعراض : ـ

أولا : أعراض جسمية وتشمل

١ ـ أعراض حركية ٢ ـ أعراض حسية ٣ ـ أعراض غذائية

ثانيا : أعراض عقلية وتشمل :

١ ـ فقدان الشهية ٢ ـ المشي أثناء النوم

٣ ـ التجوال اللاشعوري

١ ـ الأعراض الحركية

وتتضمن هذه الأعراض النواحي المرضية التالية :

الشلل الهستيري تظهر هذه الأعراض الجسمانية بشكل فجائي لا تسبقه شكوى المريض من أية علة تتصل بعضو الجسم المصاب .

اللزمات العصبية الهستيرية

وهي كثيرة ومن بينها ، الرشف ، تسليك الزور عن طريق النحنحة ، بل الشفاه ، تقطيب الوجه ، رفة العين ... الخ . وهذه كلها حركات لا إرادية سريعة لا وظيفة لها .

ويجب أن تعتبر هذه اللزمات مسألة نفسية في أساسها ويبذل الجهود للتحقق من أن الفرد لا يعاني إعياء انفعاليا ، ذلك لأن الصراع العقلي يلعب دورا هاما في حدوث هذا النوع من الحركات العصبية الملازمة .

التقلصات الهستيرية

التقلصات الهستيرية تحدث نتيجة عوامل نفسية . ومن التقلصات الهستيرية المشهورة : اعتقال عضلة الإصبع عند الكتابة (Cramp) وسببها أن شخصا ما اتخذ لنفسه الكتابة مهنة ولم تجد كتاباته قبولا ومن ثم فانه يتعرض لبعض التقلصات في أصابعه تحول بينه وبين القيام بمهنته في حين أنه يستطيع استعمال أصابعه في أعمال أخرى دون أن تصاب هذه الأطراف بالتقلصات .

الارتعاشات الهستيرية

تصيب هذه الارتعاشات أي جزء من أجزاء الجسم ، وتتعرض أحيانا لهذه الارتعاشات في حياتنا العادية بعد حادثة معينة أو شجار أو عند سماع أخبار غير سارة أو عندما يعاني الشخص حالة من الإحباط أو الضيق أمسا في حالة الارتعاشات الهستيرية فنجد أنها تحول بين المصاب وبين القيام بأعمال معينة دون أعمال أخرى .

النوبات الهستيرية

هي نوع من النوبات التشنجية تستمر من بضع دقائق إلى بضعة أيام وتكون هذه النوبات أحيانا شديدة تشمل تحرك الجسم كله ، كما تكون مصحوبة بصيحات وتنهدات ، وتكون نظرات الشخص الذي يتعرض لهذه الحالة فيها حيرة. والذي يحدث بعد النوبة أن يكون المصاب في حالة ذهول كما يعزف عن الكلام أو الإجابة عن الأسئلة التي توجه إليه ، كما يكون سهل الانقياد وكل ما يفعله أنه يجلس ويحملق فيمن حوله . والمهم أثناء النوبة التشنجية أن يترك المصاب لشأنه في حجرة إما علي الأرض أو علي مرتبة . هذه النوبات تحدث عادة أثناء وجود الآخرين وفي أثناء النهار ، ولا تصيب المريض إلا بضرر خفيف وغالبا ما تأتي اثر انفعال .

وتختلف النوبات الهستيرية عن نوبات الصرع في أن المصاب في الحالة الأخيرة لا يكون واعيا لما يدور حوله النوبات الصرعية نوبات فجائية ، لا إرادية، لا تتعلق بموقف بالذات ولا تحدث استجابة لمثيرات

خارجية ، بينما النوبات الهستيرية يتعذر حدوثها والمصاب منفـرد لأنـها عبارة عن التماس للمشاركة الوجدانية .

ومن بين الفروق الأخرى بين النوبة الهستيرية والصرعية ما يلي:-

١ ـ تتميز النوبة الهستيرية عن النوبة الصرعية بما يصحبها مـن حـدة انفعالية .

٢ ـ النوبات الصرعية لا يقوم فيها المصـاب بأيـة محـاولات للدفـع أو القبض، بينما النوبات الهستيرية تتميز بمحاولة المصاب قبض ودفـع وجذب الأجسام المختلفة التي تكون في متناول يده .

٣ ـ النوبات الصرعية إنما تنشأ ـ أو علي الأقل ـ تتمـيز مـن انعـدام التوافق في المراكز المخية ، بينما تتميز النوبات الهستيرية بـالصرع العقلي أو الانفعال ولا يصحبها أي تلف في المخ .

٤ ـ تتميز النوبات الهستيرية ، بمثابة وسيلة هروبية من موقف بسـبب بعض المتاعب للمصاب .

فقدان الكلام

١ ـ فقدان القدرة علي الكلام بصوت مرتفع .

٢ ـ فقدان القدرة علي الكلام كلية .

أعراض غذائية

وتتضمن مظهرين ،

١ ـ فقدان الشهية Anorexia ٢ ـ الشهية الزائدة BULIMIA

فقدان الشهية يكون إما جزئيا أو كاملا ويعتبر هذا العرض المرضـي وسيلة للتعبير عن عدم الرضا وللفت النظر للآخرين وإشعارهم بالقلق علي المصاب .

وفي بعض الاحيان يحدث الاضطراب عن الأفكار بشكل مرضي نتيجة بعض المضايقات الانفعالية .

أحيانا تحدث أعراض الشهية الزائدة عن الحد ، وتعتبر هذه الحالـة المرضية حالة من حالات الهستيريا نتيجة الاضطرابـات الانفعاليـة التـي يعانيها الفرد .

أعراض حسية

١ ــ أعراض خاصة بالإبصار

أ ــ العمي الجزئي ب ــ العمي الكلي

العمي الهستيري يحدث عامة علي أثر انفجار قنابل في الحروب ويكون ذلك بشكل فجائي وهو قد يصيب العين الواحدة أو العينين معا . والمريض بالعمي الهستيري يلجأ الي تلك الوسيلة ليتجنب الصعوبات والعوائق التي تعترضه .

أما العمي الجزئي فيكون اضطرابات بالإبصار تكون في ناحية معينة بالذات.

٢ ــ فقدان الإحساس

يحدث في حالات فقد الإحساس الجزئي أن يزول الإحساس تماما في منطقة معينة من الجسم ، فلا يشعر المريض فيها بالألم على الإطلاق ، ومن السهل تحديد المنطقة الخالية من الإحساس .

أعراض عقلية

١ ــ فقدان الذاكرة الكامل . حيث ينسى الشخص كل شيء عن نفسه واسمه وعنوانه ومن أين أتي وأقاربه ... الخ .

٢ ــ فقدان تذكر حوادث معينة تتصل بحياته .

ازدواج الشخصية

الشخصية المزدوجة حالة من حالات الهستيريا تظهر وتتطور كرد فعل لما يشعر به المريض من قلق ، أو يعتبر ازدواج الشخصية وسيلة يعتدي بها الفرد علي نفسه لا شعوريا كوسيلة للعقاب ولتخليص الفرد من حالة القلق بعد صراع معين . ذلك أن المريض يعاقب نفسه على جرمه لا شعوريا عندما يسجن شخصيته الأولى ويمنعها من الاستمتاع جزاء سلوكها في الحياة .

وإن ازدواج الشخصية يعتبر وسيلة هروبية كما أنه يجعل المريض مركز عناية فهو وسيلة لجذب انتباه الغير إليه إن الأعراض الهستيرية في ازدواج الشخصية تستعمل كوسيلة لعزل المريض عن عالم الحقيقة بمعنى أنها تجعل المريض وردود أفعاله لا تلائم نسبيا ردود الآخرين ولا تخضع لها .

أما السلبية NEGATIVISM في سلوك الشخصية المزدوجة فهو أمــر واضح . ذلك أن الاشتراك مع الغير ممن كان المريض يشاركهم في مظاهر نشاطه ونشاطهم يصبح مســتحيلا والمريــض يســتفيد مــن عمليتيــن لا شعوريتين واضحتين .

١ ــ العزل الزائد OVER ELUSION أي أن المريض لا يبعد من شعوره أو من حياته الشعورية وسلوكه الظاهر وخبراته العادية ما كان سببا في حدوث الصراع فحسب بل يستبعد كل شخصيته القديمة بأكملها.

٢ ــ الكبت الزائد والضغط OVER COMPLETE REPRESSION ويقصــد بذلك أن إحدى الشخصيتين تكبت عن طريــق نســيان كــل خــبرات الشخصية الأخرى وتمحوها من ذاكرة المريض .

٣ ــ الاضطرابات العقلية
الفصام
Schizophrenia

الأسباب

ليس للفصام سبب واحد والنمــوذج المطــروح لتفســير أعراضــه وعلاماته ما يسمي بنمــوذج الاســتعداد والكــرب STRESS DIATHESIS MODEL ويفترض هذا النموذج وجود استعداد بيولوجي محدد عند مــن يصاب بالفصام ، ويؤدي الكرب الي إطلاق هذا الاستعداد ، فتظهر الأعراض الفصامية . وقد يكون الكرب بيولوجيا ، وراثيا ، نفسيا اجتماعيا ، أو بيئيا.

١ ــ الوراثة : لا يورث الفصام عن طريق جينات سائدة أو متنحية ، بــل الأرجح أنه ينتقل عن طريق جينات متعددة POLYGENIC لكل منــها تأثير محدود ومتراكم في نفس الوقت .

٢ ــ كيمائية حيوية : وتنســب الفصــام الــي اختــلال نــاقلات عصبيــة ومستقبلاتها

ــ فرض الدوبامين : ومجمله أن الفصام ينتج عن زيادة في نشاط الأليــاف العصبية التي تفرز ناقل الدوبامين ، أو ازدياد حساسية مستقبلا تــــه . ومما يؤيد هذا الفرض نجاح الأدوية المضـــادة للذهــان فــي تحســين أعراضه ، وكلها تغلق مستقبلات الدوبامين ويخفض نشاط ألياقه كمــا . .أن المركبات التي ترفع تركيز الدوبامين في أجزاء معينه مــن المــخ ، تؤدي إلى تدهور حالة الفصام ، وأشهرها المنشطات والكوكايين .

ـ فرض النور أدرينالين : يزداد نشاط هذا الناقل في الفصام ، مما يؤدي إلى زيادة الحساسية للمؤثرات الحسية الخارجية .
ـ فرض حامض إلجاما أمينو بيوتيريك (جابا) : يؤدي انخفاض نشاط هذا الناقل إلى زيادة نشاط الدوبامين .
ـ فرض السروتونين : يضطرب تمثيل هذا الناقل في الفصام وقد تنتج عنه مواد تؤدي للأعراض الذهانية .
ـ الفينايل أثيل أماي (PEA) ومركب أميني يضعه المخ ويشبه منشط الامفيتامين . ويؤدي ازدياد إفرازه إلى زيادة الاستعداد للإصابة بالفصام.
ـ الخمائر : يختلف تركيز بعض الخمائر التي تصنع الناقلات في الفصام .
ـ الاندورفينات والبروستاجلاندين : والمادة الأولى ناقل يشبه الأفيون في تركيبه ، ويضعه المخ . ويبدو أن نشاط هذه الناقلات يختل في المرض.
ـ الجلوتن GLUTEN : وهو من مكونات بروتين القمح الذي لا يتحمله بعض مرضى الفصام فيؤدي إلى المرض .

٣ ـ نفسية اجتماعية

ـ عوامل أسرية : لقد وجد الباحثون علاقة بين تعبير الأسرة الانفعالي EXPRESSED EMOTIONS (EE) وانتكاس مريض الفصام المتعافي والمقصود بالتعبير الانفعالي : السلوك التطفلي العدائي ، الانتقادى أو المتسلط والذي يعامل المريض وكأنه طفل صغير . وقد صمم أصحاب هذا الرأي استبارا لقياس مستوي التعبير الانفعالي في أسر الفصاميين وينخفض معدل الانتكاس عند تعديل سلوك هذه الأسر .

ومن الخصائص الأخرى لأسر الفصاميين

١ ـ الرابطة المزدوجة : صدور الأوامر المتناقضة من الأم إلى الطفل (أفعل ولا تفعل)
٢ ـ الأسرة الملتوية : وهي أسرة يسود فيها طرف ويتخطى الطرف الآخر.
٣ ـ الأسر المشطورة : يعيش الزوجان كل في جانب لا يجمع بينهما سوى المسكن (الطلاق العاطفي) .
٤ ـ اضطراب تفكير الابوين أو أحدهما : وأنماط الاتصال الغامضة والمعتلة

٤ ــ دينامية : ديناميات مريض الفصام من الأهمية بمكان لأنها تساعدنا علي فهم ما ترمز الأعراض إليه من صراعات وقضايا وتتصف خبرة مريض الفصام الداخلية بالذهول والمد خول الحسي ودفاعات الأنا التي تحاول التصدي للانفعالات القوية .

وتعوق ثلاثة أنواع من الدفعات البدائية عملية التحقق من الواقع .

١ ــ الإسقاط الذهاني : يسقط المريض احساساته الداخلية كالعدوان والجنس ، والفوضى النفسية والذهول علي البيئة الخارجية ، حيث تضعف الفواصل بين الخبرة الداخلية والعالم الخارجي

٢ ــ الفعل بالعكس

٣ ــ الإنكار الذهاني : الذي يشمل تحويل المؤثرات الحسية المحيرة الي هلاوس وضلالات .

٥ ــ وبائية : يشير عدد من البحوث الحديثة الخاصة بباثولوجيا المخ الي وجود تغيرات في مخ مرضي الفصام يرجح أصابتهم بفيروس بطئ، لا يظهر تأثيره إلا بعد سنوات . ومما يدعم هذا الرأي إصابة من يولدون في فصول معينة من السنة بنسبة أكبر من غيرهم وكثرة مضاعفات الولادة في مرضي الفصام .

الصورة الإكلينيكية

محكات تشخيص الفصام

توفر أعراض ذهانية مميزة أثناء المرحلة النشطة (١) أو(٢) أو(٣) لمدة أسبوع علي الأقل " إلا إذا عولجت الأعراض بنجاح" .

١ ــ عرضان من الأعراض التالية علي الأقل

أ ــ ضلالات

ب ــ هلاوس بارزة (في معظم أوقات النهار لعدة أيام ، أو عدة مرات في الأسبوع لعدة أسابيع علي الأقل تقتصر خبرة الهلوسة علي لحظات قصيرة)

جـ ــ الهذيان أو تفكك أواصر الكلام

د ــ السلوك التخشبي

هـ ــ تسطيح الانفعال أو عدم تناسبه مع الموقف أو التفكير

٢ ـ الضلالات الشاذة BIZARRE مثل المواضيع الغريبة علي بيئة وحضارة المريض ، كإذاعة الأعمال أو سيطرة ميت علي أفعاله وتفكيره
٣ ـ الهلاوس البارزة : كما سبق وصفها علي صورة صوت لا يتضمن معانى اكتئابية أو مرحة ، أو علي شكل صوت يعلق في تصرفات المريض بصورة مستمرة أو أفكاره ، أو علي شكل صوتين يتحاوران.

ب ـ تدني الأداء المهني ، والاجتماعي وعناية الشخص بنفسه عن مستوى أدائه قبل المرض (الفشل في الوصول إلى مستوي النمو المتوقع في حالة الطفل)

ج ـ استبعاد الفصام الوجداني واضطرابات المزاج ، بمعني ألا تزيد نوبة الاكتئاب الجسيم أو الهوس ـ إن وجدت ـ علي مدة وجيزة بالنسبة لمدة الأعراض الفصامية .

د ـ استمرار أعراض المرض بصفة متصلة لمدة لا تقل عن ٦ شهور. وينبغي أن تشمل هذه الفترة علي مرحلة نشطة (مدتها أسبوع علي الأقل إلا إذا عولجت الأعراض بنجاح) من سمات أعراض الفصام الذهانية الذكورة في (أ) ، ومرحلة إنذارية أو متبقية . وإن كان وجودهما ليس شرطا ملزما .

الأعراض الإنذارية والمتبقية :

<u>المرحلة الإنذارية :</u> تدهور واضح في الأداء قبل المرحلة النشطة من الاضطراب ، علي ألا تنتج من اضطراب المزاج ، أو اضطراب استخدام مادة فعالة نفسيا ، وعلى أن تشمل عرضين من الأعراض التالية .

١ ـ العزلة أو الانعزال الاجتماعي الشديد
٢ ـ اضطراب الدور الاجتماعي (كأب ، عامل بأجر ، رب بيت) بصورة شديدة .
٣ ـ سلوك بالغ الغرابة مثل جمع القاذورات ، التحدث إلى النفس علنا، تكديس الطعام .
٤ ـ الإهمال الشديد للنظافة الشخصية والعناية بالمظهر .
٥ ـ تسطح الانفعال أو عدم مناسبته للموقف أو التفكير .

٦ ـ الاستطراد ، الغموض ، التكلف ، التفصيل الممل في الكلام ، أو قلة الكلام وإفلاس محتواه .

٧ ـ المعتقدات الشاذة أو التفكير السحري الذي يؤثر علي السلوك ، والذي لا يتفق مضمونة مع معتقدات بيئة المريض ، مثل الاعتقاد في الخزعبلات ، والإيمان بالقدرة علي معرفة المستقبل ، أو التلباثية ، أو الحاسة السادسة ، أو الإحساس بأن الآخرين يستطيعون الإحساس بانفعالاته ، الأعمال المبالغ في قيمتها ، الأعمال الإيمائية .

٨ ـ خبرات الإدراك الحسي الغريبة ، مثل التوهمات المتكررة ، والإحساس بوجود أشخاص أو قوى غير موجودة بالفعل .

٩ ـ حوار العزم ، ضعف الاهتمامات ، أو ضعف القدرة علي المبادرة

<u>المرحلة المتبقية</u> :ويلي المرحلة النشطة ، ويتصف باستمرار عرضين علي الأقل من الأعراض التالية ، شريطة عدم وجود ما يشير إلى الإصابة باضطراب مزاج أو اضطراب استخدام مادة فعالة نفسيا .

هـ ـ عدم وجود عامل عضوي أدى إلى الاضطراب أو استمراره .

ي ـ في حالة وجود تاريخ إصابة باضطراب الذاتوية Autistic disorder في الطفولة ، يشترط وجود ضلالات أو هلاوس واضحة لتشخيص الفصام .

تصنيف المسار :

١ ـ تحت المزمن SUB CHRONIC تستغرق الفترة الممتدة بين بداية الأعراض (الانذارية ، نشطة ، متبقية) واستمرارها ، مدة لا تقل عن ٦ شهور ولا تزيد علي السنتين .

٢ ـ مزمن : مثل النوع السابق ولكن تزيد مدته على السنتين .

٣ ـ تحت مزمن مصحوب بتفاقمات حادة SUB CHRONIC with Acute Exacerbations عودة الأعراض الذهانية النشطة إلى الظهور في حالة مزمنة المسار ، كانت في الحالة المتبقية Residual من المرض .

٤ ـ متعاف In a Remission يعني التعافي في حالة الفصام خلو المريض من الأعراض سواء كان يتعالج أو لا . والفرق بين التعافي وغير مصاب بالمرض العقلي يحتاج الي أخذ مستوى الأداء ، والمدة التي

انقضت منذ آخر إصابة ، ومدتها ، ومدة المرض الكلية ، وما إذا كان المريض يستعمل علاجا مساندا .

أنواع الفصام

أ ــ النوع التخشبي (الكاتاتوني) هو نوع من الفصام يسود صورته الإكلينيكية أي من الأعراض التالية :

١ ــ الذهول الكاتاتوني (ضعف شديد في الاستجابة للمؤثرات الخارجية ، أو انخفاض ملحوظ في الحركات والأنشطة التلقائية)

٢ ــ السلبية الكاتاتونية (مقاومة بدون مبرر لكل الأوامر أو محاولات تحريك المريض)

٣ ــ التصلب الكاتاتوني (الاحتفاظ بوضعه جامدة ومقاومة كل محاولات لتغييرها)

٤ ــ الهياج الكاتاتوني (الهياج الحركي غير الهادف والذي لا يخضع لمؤثرات خارجية)

٥ ــ الوضعية الكاتاتونية (تعمد اتخاذ الوضعات الغريبة أو غير المناسبة)

ب ــ النوع غير المنتظم DISORGANIZED : نوع تنطبق عليه المحكات التالية

١ ــ الهذيان ، وتفكك أواصر الكلام الشديد ، والسلوك الفوضوي .

٢ ــ تسطح الانفعال أو عدم تناسب الانفعال مع المواقف أو التفكير بصورة شديدة .

٣ ــ لا تنطبق عليه محكات النوع الكاتاتوني .

ج ــ النوع الضلالي Paranoid :

١ ــ الانشغال بنوع واحد أو أكثر من الضلالات ، أو هلاوس سمعية متكررة يدور محتواها حول موضوع واحد .

٢ ــ عدم وجود أي من الأعراض التالية : الهذيان ، تفكك أواصر الكلام الشديد تسطح الانفعال أو عدم تناسبه ، السلوك الكاتاتوني، السلوك الفوضوي .

<u>حد الثبات</u> <u>Stable</u> : يعتبر هذا النوع ثابتا ، إذا ما انطبقت عليه المحكات (١) و (٢) في كل مراحل الاضطراب النشطة في الماضي .

د ــ النوع غير المتميز Undifferentiated :
١ ــ ضلالات ، وهلاوس واضحة ، الهذيان أو السلوك الفوضوي .
٢ ــ لا تنطبق عليه محكات الأنــواع الضلاليــة ، الكاتاتونيــة ، أو غــير المنتظم .
هـــ ــ النوع المتبقي Residual :
١ ــ عدم وجود ضلالات أو هـــلاوس واضحــة ، أو هذيــان أو ســلوك فوضوي.
٢ ــ وجود ما يثبت استمرار الاضطراب ، كما يتضح من وجود عرضيـــن من أعراض المرحلة المتبقية التي سبق وصفها .

أنواع من الفصام لم ترد في الدليل التشخيصي

١ ــ نوع ١ ونوع ٢ : وصفهما كروو Crow الذي قسم الفصام الي هذيـن النوعين حسب وجود أعراض سالبة أو موجبة . فالنوع الثاني يتصف بوجود الأعراض السالبة (تسطح الانفعال ، إفلاس الكلام ومحتوياته ، انسداد التفكير ، آمال المظهر العام ، انعدام الحفزية ، انعدام المتعـة ، العيوب المعرفية ، وقصور الانتباه) يصحب هذا النوع في العادة تمدد بصينات المخ . وتشمل الأعراض الموجبة (تفكك أواصــر التفكــير ، الهلاوس، الضلالات، السلوك الشاذ ، زيادة الكلام) يســتجيب النــوع الأول للعلاج استجابة جيدة ، ويستجيب النوع الثاني استجابة ضعيفة .
٢ ــ الذهان الضلالي الحاد : مصطلح تستخدمه مدرســة الطــب النفســي الفرنسية ، لوصف حالة تنطبق عليها محكات الدليل الخاصة بالفصــام تقل مدة الأعراض فيها عن ثلاثة شهور .
٣ ــ الفصام العصابي الكاذب Pseudoneurotic : تبدو علي مرضــــى هــذا النوع السمات العصابية لأول وهلة ، ولكن التدقيق في الحالـــة يبيــن الأعراض الفصامية . ومن أهم ســماته : القلــق الشــامل ، الفوبيــا المتعددة ، الازدواجية الشاملة . النشاط الجنسي الفوضوي. وينــدر أن يتحول هؤلاء المرضى إلى ذهان صريح وواضح ، بل يتصف مســـار حالاتهم بالأزمات وضعف الاستجابة للعلاج .

المسار

يتصف مسار الفصـــام بالانتكــاس والتعــافي النســبي ، وبعكــس اضطرابات المزاج لا يعود المريض أبدا الي مستوى أدائه الأصلي . وقـــد

يعاني المريض من فترة اكتئاب بعد زوال الأعراض الذهانية . وقد يستمر التدهور لفترة تبلغ الخمس سنوات تقريبا يتلوها ثبات نسبي.

٤ ـ اضطرابات المزاج

Mood disorder

مقدمة

المزاج حالة انفعالية ممتدة ، نستطيع تشبيهها بمتصل من الانفعالات المتدرجة التي تتراوح بين الاكتئاب والفرح . والمزاج Mood هو ما يشعر به الشخص ، أما الوجدان Affect فهو ما يلاحظه الفاحص من انفعال على المريض .

والوجدان يستمر في العادة لفترة أقصر من المزاج الذي قد يستمر لمدة أيام.

ومن أهم خصائص اضطرابات المزاج .

١ ـ أن الاضطراب الأساسي في الانفعالات وان كل التغيرات النفسية الأخرى في التفكير أو الحركة تنبع منه

٢ ـ أنها تنتاب المريض بصفة دورية متكررة ، تتخللها فترات من السواء.

٣ ـ أنها تتحسن تلقائيا بعد فترة تتراوح بين ٦ ـ ٨ شهور .

ب ـ أنواعها

١ ـ الاكتئاب الجسيم Major depression

٢ ـ اضطراب عسر المزاج Dysthymic disorder

٣ ـ اضطراب ازدواج القطبية Bipolar disorder

*اكتئاب Depression

*هوس Mania

مختلط Mixed

لم يسبق تحديده Not otherwise specified

دورية المزاج CYCLOTHYMIACS

٤ ـ اضراب اكتئابي لم يسبق تحديده

الأسباب

١ ـ بيولوجية

غددية Hormonal : يصاحب الاكتئاب ازدياد في نشاط محور تحت المهاد النخامية فوق الكلوية الذي يؤدي إلى ازدياد إفراز هرمون الكورتيزول من فوق الكلوية .

هبوط إفراز هرمون تنشيط الدرقية ، وهرمون النمو ، وهرمونات تنشيط وظائف الخصيتين والمبيضين . تدني الوظائف المناعية في الهوس والاكتئاب .

كيمائية : نقص في الأمينات الحيوية biogenio amines (نور أدرينالين ، سيروتونين دوبامين) في مرض الاكتئاب وازديادها في الهوس .

النوم : اضطراب وظائفه في ٦٠ ــ ٥٦ % من المصابين باضطرابات المزاج وفي الاكتئاب تزداد كثافة نوم الأحلام أو حلاقات العينين السريعة Rem Sleep في النصف الأول من فترة النوم ، ولا يبدأ ظهوره إلا بعد فترة طويلة . أما في الهوس فينخفض عدد ساعات النوم الكلي

الوراثة : ترتفع نسبة حدوث اضطرابات المزاج في أسر المصابين بالاكتئاب أو الهوس ويبدو دور الوراثة أشد وضوحا في حالات ازدواج القطبية . ويظهر الاضطراب في أفراد الأسرة على النحو التالي :

عضو الأسرة المصاب	نسبة الإصابة
ازدواج قطبية	
١ ــ أحد الأبوين	٢٥ % أبناء
٢ ــ الأبوين	٥٠ % أبناء
٣ ــ توءم مماثل	٤٠ - ٧٠ % إخوة ــ أخوات
٤ ــ توءم غير مماثل	٢٠ % إخوة ــ أخوات
اكتئاب جسيم	
٥ ــ أحد الأبوين	١٠ ــ ١٣ % أبناء

وتشير الدراسات على بعض الأسر إلى وجود ارثات(جينات) سائدة على الكروموزوم رقم ١١ وتتحكم هذه الجينات في نشاط الأمينات الحيوية.

٢ ــ نفسية اجتماعية

تحليلية :

ــ خسارة فعلية أو رمزية لشخص عزيز علي المريض الذي يتخيل أنه من الرفض .
ــ أنا أعلي صارم يعاقب المريض علـــي رغباتـــه الجنســية والعدوانيــة اللاشعورية فيشعر بالذنب
ــ الازدواجية المستدخلة تجاه موضوع الحب والتي تسبب حدادا مرضيـــا عند فقدان الموضوع بالفعل أو تصور فقدانه . ويتجه الشق العدوانـــي الموجه إلى موضوع الحب المستدخل إلى الأنا ويظهر علي صورة ميول انتحارية
ــ يظهر هذا الحداد المرضي في صورة اكتئاب جسـيم يصحبــه الشــعور بالذنب وتفاهة الشأن والأفكار الانتحارية
ــ يؤدي فقدان موضوع الحب إلى الارتداد إلى المرحلة الفمية السادية مـن النمو النفسي الجنسي . أما الهوس ، فينتج من قهر الأنا أو اندماج الأنا الأعلى والأنا وانطلاق الطاقة الغريزية المتحررة نتيجة زوال الاكتئـــاب في صورة مرح ونشاط زائدين .

معرفية

ــ الثلاثية المعرفية الخاصة بالاكتئاب (بيك)

(Beck cognitive)

١ ــ نظرة سلبية للذات أحوالي سيئة لأني سيئ .
٢ ــ تفسير الخبرات بصورة سلبية كل أحوالي من أسوأ ما يكون .
٣ ــ نظرة تشاؤمية للمستقبل .

ــ العجز المتعلم (زيليجمان Seligman) : وهو نظرية تفســير الاكتئـــاب علي أنه نتيجة تعلم الشخص بأنه عاجز عن التحكم في مجريات أموره . وقد توصل صاحب النظرية إلى هذا المفهوم من خلال دراساته لسلوك مجموعة من الكلاب تعرضت لصدمات مؤلمة ولم تكن تستطيع الهروب منها .

نوع الشخصية قبل المرض : الشخصيات الفمية الاعتمادية ، الهسـتيرية والو سواسية أكثر استعدادا للإصابة بالاكتئاب من الأنواع الأخرى .

الصورة الإكلينيكية

الاكتئاب الجسيم

MAJOR DEPRESSION

محكات تشخيص نوبة اكتئاب جسيم

١ ــ وجود(٥) أعراض على الأقل من الأعراض التالية لمدة أسبوعين تمثل هذه الأعراض تغيرا واضحا على حالة المريض العادية . وعلى أن يكون من بينها واحد على الأقل من العرضين التاليين :

ــ اكتئاب المزاج

ــ فقدان الاهتمام أو الشعور بالمتعة

١ــ اكتئاب المزاج أو العصبية في حالة الأطفال والمراهقين معظم ساعات اليوم ، وكل يوم تقريبا ، كما يتضح من شكوى المريض أو إفادات المرافقين .

٢ ــ انخفاض شديد في الاهتمامات أو الشعور بالاستمتاع بكل الأنشطة، وبصورة يومية تقريبا وفي معظم ساعات اليوم ، كما يتضح من الشكوى أو ملاحظات المرافقين .

٣ ــ زيادة أو انخفاض ملحوظ في الوزن لا يقل عن ٥% من وزن الجسم خلال شهر ، أو نقص أو زيادة في شهوة الطعام بصورة يومية تقريبا (عدم الوصول إلى الوزن المتوقع في حالة الأطفال).

٤ ــ الأرق أوالإفراط في الوزن يوميا .

٥ ــ الفوران Agitation أو البطء النفسي الحركي بصورة يومية تقريبا كما يلاحظه المرافقون ولا تحسب مشاعر عدم الاستقرار أو البطء الخفيفة التي يشكو منها المريض.

٦ ــ التعب أو فقدان النشاط بصورة يومية .

٧ ــ مشاعر التفاهة أو الذنب المبالغ فيها وبدون مبرر كاف والتي قد تصل إلى مستوى الضلالة . على أن تظهر المشاعر بصورة يومية تقريبا وألا تشمل مجرد توبيخ نفسه أو شعوره بالذنب لأنه مريض .

٨ ــ تدني القدرة على التفكير أو التركيز ، التردد ، بصورة يومية تقريبا من الشكوى أو ملاحظات المرافقين

٩ــ أفكار متكررة حول الموت (لا تشمل الخوف من الموت) تفكير متكرر الانتحار بدون تخطيط ،محاولة الانتحار ، أو التخطيط له.

١) التأكد من عدم وجود عوامل عضوية تسببت في الحالة أو ساعدت على استمرارها .

٢) لا يمكن إعتبار نوبة الاكتئاب استجابة لوفاة شخص عزيز على المريض (فجيعة غير مضاعفة).

ج) عدم ظهور هلاوس أو ضلالات لمدة تزيد على الأسبوعين بدون اضطراب مصاحب في الانفعال بصورة واضحة أي قبل ظهور أعراض اضطراب المزاج أو بعد التعافي منها .

د) ألا تكون نوبة الاكتئاب مركبة على فصام ، أو اضطراب فصامي الشكل ، أو اضطراب ضلالي ، أو اضطراب ذهاني لم يسبق تحديده

Not otherwise specified (N O S)

وبعد الانتهاء من تحديد الحالة وفق المحكات السابقة ،نحدد الجوانب التالية بأرقامها الكودية .

١ ـ طفيف : الأعراض الموجودة في الحالة والتي تزيد على الخمسة المطلوبة للتشخيص قليلة جدا أو غير موجودة ؛ أو تعطل طفيف في الأداء المهني أو في الأنشطة الاجتماعية المعتادة أو التعطل بين الطفيف والشديد.

٣ ـ شديد بدون خصائص ذهانية

Without psychotic features

الأعراض الموجودة تزيد عن العدد المطلوب للتشخيص ، أو أعراض تخل بالأداء المهني أو بالأنشطة الاجتماعية المعتادة أو بالعلاقات مع الآخرين إخلالا شديدا

٤ ـ مصحوب بخصائص ذهانية : وجود ضلالات أو هلاوس . حدد عما إذا كانت الخصائص الذهانية متفقة مع المزاج Mood congruent أو غير متفقة معه Mood incongruent

خصائص ذهانية متفقة مع المزاج : هي ضلالات أو هلاوس تتفق محتوياتها مع مزاج المريض المكتئب ، مثل ضلالات عدم الكفاءة، التفاهة ، المرض ، الموت ، العدمية ، أو الجدارة بالعقاب .

خصائص ذهانية غير متفقة مع المزاج : ضلالات أو هلاوس لا تحتوي علي المواضيع الاكتئابية مثل النوع السابق . وتشمل ضلالات الاضطهاد، حشر الأعمال ، إذاعة الأعمال ، وضلالات تحكم قوى خارجية في سلوك الشخص.

٥ ـ تعاف جزئي : بين تعاف كامل وحالة طفيفة ، شريطة عدم معاناة الشخص من عسر المزاج في السابق .

٦ ـ تعاف كامل In full remission عدم وجود أي علامات أو أعراض مرضية خلال الأشهر الستة الماضية .

صفر ــ غير محدد

حدد ما إذا كانت نوبة الاكتئاب مزمنة : نوبة تستمر لمــدة سـنتين متتاليتين بدون تعاف استمر لمدة شهرين أو أكثر .حدد ما إذا كانت نوبـة الاكتئاب الحالية من النوع السوداوي Melancholic

محكات تشخيص النوع السوداوي

وجود ٥ أعراض علي الأقل من الأعراض التالية :

١ ــ فقدان الاهتمام بكل أو معظم الأنشطة .
٢ ــ عدم الاستجابة للمواقف السارة
٣ ــ يزداد الاكتئاب صباحا بصورة منتظمة .
٤ ــ الاستيقاظ المبكر (قبل الموعد المعتاد بساعتين)
٥ ــ الفوران أو البطء النفسي الحركي .
٦ ــ فقدان الشهوة للطعام بصورة ملحوظة وفقدان الوزن .
٧ ــ عدم ظهور اضطراب ملحوظ في الشخصية قبل النوبة الأولـى مـن الاكتئاب الجسيم .
٨ ــ سبقت إصابته بنوبة واحدة أو أكثر من الاكتئاب وتعافى منها بصـورة كاملة أو شبه كاملة
٩ ــ استجابات النوبات السابقة بصورة جيدة للعلاجات النوعية بجرعـات كافية ، مثل مضادات الاكتئاب ، الليثيوم أو العلاج الكهربائي.

حدد ما إذا كان نمط النوبة موسميا Seasonal

محكات تشخيص النمط الموسمي

١ ــ وجود علاقة زمنية منتظمة بين بداية الاضطراب وشهرين من السنة، مثال : تزامن بداية النوبة بين بداية الشهر العاشر ونهايـة الشـهر الحادي عشر بصورة منتظمة .
(تستبعد الحالات الناتجة عن ضغوط نفسية تظهر في هذه الفترة من الس، مثل البطالة الموسمية)
٢ ــ تعاف كامل أو التحول من الاكتئاب إلى الهوس خلال شهرين معينيـن من السنة بصورة منتظمة .
٣ ــ ثلاث نوبات من اضطرابات المزاج علي الأقل في ٣ سنوات منفصلـة اتضح خلالها التزامن بين بداية النوبة وشهرين معينين ، كما سـبق

توضيحه في أ ، ب شريطة ظهور الحالة في سنتين متتاليتين من السنوات السابق ذكرها .

٤ ـ يشترط أن يزيد عدد نوبات اضطراب المزاج الموسمية على عدد النوبات غير الموسمية بنسبة أكثر من ٣ : ١ .

أنواع الاكتئاب الجسيم

١ ـ اكتئاب جسيم نوبة واحدة Single Episode

أ ـ نوبة واحدة من الاكتئاب الجسيم

ب ـ لم تسبق إصابته بالهوس أو الهوس الخفيف .

ج ـ حدد موسمية النوبة ، إن وجدت .

٢ ـ اكتئاب جسيم نوبات متكررة

RECURRENT EPISODES

أ ـ نوبتان أو أكثر من الاكتئاب الجسيم ، تفصلهما فترة من السواء لا تقل عن شهرين (في حالة الإصابة بنوبة اكتئاب جسيم في السابق، لا تحتاج إلى توفر كل المحكات لتشخيص النوبة الثانية)

ب ـ عدم الإصابة بنوبة هوس أو هوس خفيف .

حدد الموسمية إن وجدت

٣ ـ الاكتئاب والسن

ـ قبل المراهقة : الشكاوي الجسمية ، الفوران ، هلاوس سمعية ذات صوت واحد ، اضطرابات القلق والفوبيا .

ـ المراهقة : سوء استخدام المخدرات والخمر ، السلوك المضاد للمجتمع ، عدم الاستقرار ، الهروب من المدرسة ، الفوضى الجنسية، الحساسية الزائدة ، للشعور بالرفض ، إهمال النظافة الشخصية .

الشيخوخة : اضطراب الوظائف المعرفية (النسيان ، اختلال الاهتداء ، الخلط) الخرف الكاذب Pseudodementia ، تبلد الانفعال Apathy وتشتت الانتباه .

٤ ـ الاكتئاب المزمن : يستمر بصورة متصلة لمدة لا تقل عن السنتين، أكثر انتشارا بين الذكور المسنين ، وخاصة بين من يدمنون الخمر أو المخدرات ، استجابة للأدوية ضعيفة ، تبلغ نسبة ١٠ ـ ١٥% من مجموع حالات الاكتئاب الجسيم .

٥ ـ الاكتئاب الموسمي :

ـ يظهر في الخريف والشتاء عندما يقصر النهار ويختفي في الربيع والصيف .
ـ يتصف بالإفراط في النوم والأكل والبطء النفسي الحركي .
ـ ينتج عن اضطراب تمثيل مادة الميلاتونين التي يفرزها الجسم الصنوبري Pineal body
ـ يعالج بتعريض المريض لاضاءه قوية لمدة ٣ ـ ٦ ساعات يوميا العلاج الضوئي Photothearapy

٦ ـ اكتئاب النفاس

ـ اكتئاب شديد يبدأ خلال ٣٠ يوما من الولادة.
ـ يصيب الإناث اللاتي سبقت لهن الإصابة بالاكتئاب الجسيم بصفة خاصة ، أو بأي اضطراب نفسي أخر .
ـ من أعراضه ، الأرق الشديد ، سرعة البكاء ، الشعور بالتعب والانتحار، معتقدات باطلة خاصة بالوليد وقتله ، مما يعرض الأم وطفلها للخطر .

٧ ـ الخرف الكاذب : اكتئاب جسيم يصيب المسنين ، من أهم أعراضه اضطراب الوظائف المعرفية وتبلد الانفعال ، الأمر الذي يعطي الفاحص انطباعا خاطئا بأن المريض مصاب بالخرف ، استجابة لمضادات الاكتئاب جيدة . يصيب الأشخاص الذين سبقت لهم الإصابة باضطرابات المزاج ، تظهر الأعراض الاكتئابية ، في العادة ، قبل أعراض اضطراب الوظائف المعرفية .

٨ ـ اكتئاب الطفولة

ـ ليس نادرا
ـ نفس أعراض اكتئاب البالغين .
ـ أعراض الاكتئاب المقنع Masked depression : الهروب من المنزل، خواف المدرسة ، سوء استعمال المواد المخدرة ، احتمال الإقدام على الانتحار .

٩ ـ الفجيعة Grief

ـ تسمى في الدليل الفجيعة الخالية من المضاعفات UNCOMPLICATED BEREAVEMENT
ـ ليست مرضا اكتئابيا بالمعني المفهوم
ـ حزن عميق بسبب فقدان شخص أو شيء عزيز على النفس .

ـ تشبه أعراضها أحيانا الاكتئاب الجسيم ، ولكن لا تصاحبها أفكار انتحارية ، أو مشاعر اليأس وحقارة الشأن . وهذا ما يفرق بينهما وبين الاكتئاب الجسيم .
ـ تزول تلقائيا خلال سنة .
ـ قد تتحول الي اكتئاب جسيم عند توفر الاستعداد للإصابة بهذا المرض .

١٠ ـ الاكتئاب العضوي : أعراض الاكتئاب الجسيم الناتجة من مرض عضوي ، مثل : بعض اضطرابات الغدد الصماء . الالتهابات الفيروسية مثل الأنفلونزا والتهاب الكبد ، أمراض المخ والجهاز العصبي ، الخمر والمخدرات ، نقص الفيتامينات، الأدوية ولا سيما أدوية علاج ارتفاع الضغط والكورتيزون ، الإيدز ، بعض أنواع السرطان .

١١ ـ الاكتئاب المزدوج : تبلغ نسبة ١٠ ـ ١٥ % حالات عسر المزاج التي تصاب بالاكتئاب الجسيم .

عسر المزاج

محكات تشخيصية

أ ـ اكتئاب المزاج ، أو العصبية في الطفل والمراهق ، الذي يستمر معظم اليوم ، كما يتضح من شكوى المريض أو ملاحظات المرافقين، لمدة سنتين علي الأقل (سنة واحدة في حالة الطفل والمراهق) .

ب ـ وجود علامتين علي الاقل من العلامات التالية أثناء الاكتئاب :
ـ ضعف شهوة الطعام أو العكس
ـ الأرق أو العكس
ـ التعب أو قلة النشاط
ـ انحطاط احترام النفس
ـ ضعف التركيز أو التردد
ـ الشعور باليأس

ج ـ عدم اختفاء الأعراض المذكورة في (أ) لمدة تزيد علي شهرين علي التوالي خلال فترة سنتين من وجود المرض .

د ـ عدم توفر أدلة تشير الي الإصابة بنوبة مؤكدة من الاكتئاب الجسيم خلال أول سنتين من الإصابة (سنة واحدة في الطفل والمراهق) .

ملحوظة : يجوز تشخيص عسر المزاج ، إذا سبقت إصابة الشخص بنوبة اكتئاب جسيم شريطة تعافيه منها بصورة كاملة قبل الإصابة بعسر المزاج بسته أشهر . وعند الإصابة بنوبات من الاكتئاب الجسيم المركبة علي عسر مزاج استمر لمدة سنتين نطلق علي الحالة اسم الاكتئاب المضاعف أو المزدوج.

هـ ـ عدم الإصابة بنوبة هوس أو هوس خفيف مؤكدة في أي وقت من الأوقات .

و ـ ألا يكون عسر المزاج مركبا علي ذهان مزمن مثل الفصام أو الاضطراب الضلالي .

ي ـ التأكد من عدم وجود عوامل عضوية أدت الي ظهور الاضطراب أو استمراره ، مثل استعمال أدوية ضغط الدم لفترة طويلة .

حدد النوع : أولي أم ثانوي ؟

أولي Primary لا يرتبط اضطراب المزاج باضطراب مزمن، لا علاقة له بالمزاج ، سبق ظهوره من الأنواع الخاصة بالمحور الأول أو الثالث ، مثل فقدان الشهوة العصبي ، أو اضطراب الأبدان ، أو الإدمان ، أو اضطراب القلق ، أو الروماتويد (التهاب مزمن في مفاصل الأطراف) .

ثانوي Secondary وجود علاقة واضحة بين عسر المزاج وأحد الاضطرابات التي سبق ذكرها .

حدد البداية : مبكرة أم متأخرة ؟

مبكرة : بداية الاضطراب قبل سن ٢١ سنة .

متأخرة بعد سن ٢١ سنة .

خواص عسر المزاج

١ ـ كان يسمى في الماضي الاكتئاب العصابي

٢ ـ أقل شدة من الاكتئاب الجسيم

٣ ـ أكثر انتشارا وأزمانا في الإناث

٤ ـ متدرج البداية

٥ ـ التعرض للضغوط النفسية أو الظروف السيئة في معظم الحالات

٦ ـ يبدأ عادة في العقدين الثاني والثالث

٧ ـ أكثر انتشارا بين أقارب الدرجة الأولى لمرضي الاكتئاب الجسيم

٨ ـ كثيرا ما يتزامن مع اضطرابات نفسية أخري ، مثل الإدمان ، اضطراب الشخصية ، واضطراب الوسواس .

اضطرابات ازدواج القطبية

أنواعهـــــا

- اضطراب ازدواج قطبية / هوس
- محكات تشخيص نوبة الهوس

أ ــ فترة واضحة من المرح المرضي والشعور بالعظمة أو العصبية بصورة مستمرة .

ب ــ ظهور ٣ علامات من العلامات التالية علي الأقل بصورة واضحة أثناء نوبة اضطراب المزاج ٤ علامات إذا كانت العصبية هي الظاهرة.

* المبالغة في تقدير الذات أو الشعور بالعظمة
* قلة الحاجة إلى النوم ، يشعر بالراحة بعد ٣ ساعات فقط من النوم
* الثرثرة أو الحاجة الملحة للاستمرار في الكلام
* تطاير الكلام أو شعور داخلي بتسابق الأعمال
* التشتت أي سرعة اتجاه الانتباه الي المؤثرات الخارجية التافهة .
* ازدياد النشاط الهادف (اجتماعي ، مهني ، دراسي ، جنسي) أو الفوران النفسي الحركي .
* الانغماس في اللذائذ والمتع ذات العواقب الوخيمة ، مثـــل الإفــــراط فـــي شراء أشياء لا لزوم لها ، العلاقات الجنسية غـــير المناســـبة أو غـــير المشروعة ، أو الدخول في مشاريع تجارية حمقاء .

ج ــ تبلغ نوبة الهوس درجة من الشدة تؤدي إلى اضطراب الأداء المـــهني أو الأنشطة الاجتماعية المعتادة ، أو في العلاقة مع الآخرين، أو تفرض الحاجة إلى إدخال المريض المستشفي ، لمنعة من إيذاء نفسه أو غيره.

د ــ عدم وجود ضلالات أو هلاوس لمدة تزيد علـــــي الأسـبوعين بـــدون اضطراب واضح في المزاج (أي قبـــل أو بعـــد ظـــهور أعــــراض اضطراب المزاج)

هـــ ــ ألا تكون النوبة مركبة علي مرض فصــــام ، أو فصــــام مشـــابه أو اضطراب ضلالي ، , ذهان لم يسبق تحديده .

و ــ استبعاد أي عامل عضوي ، أدى إلى ظهور النوبة أو استمرارها.

ملحوظة : لا تحسب مضادات الاكتئاب أو علاج إيقاع المخ الكهربائي التـــي قد تؤدي الي الهوس عوامل عضوية مسببة .

نوبة الهوس

حدد شدة النوبة

١ ـ طفيفة : تنطبق علي النوبة العدد اللازم لتشخيصها فقط .
٢ ـ متوسطة : زيادة النشاط الحركي أو اختلال الحكم علي الأمور بصورة قصوى .
٣ ـ شديدة بدون سمات ذهانية : يحتاج إلى ملاحظة مستمرة لا يؤذي نفسه أو غيره .
٤ ـ شديدة مصحوبة بسمات ذهانية : ضلالات هلاوس أو أعراض تخشبية. حاول إذا استطعت تحديد مدى تطابق السمات الذهانية مع المزاج .

سمات ذهانية مطابقة : ضلالات أو هلاوس تطابق محتوياتها مزاج المريض المرح ، مثل ضلالات العظمة ، والنفوذ ، والعلم ، والهوية، والعلاقات الوثيقة بالشخصيات العظيمة .

سمات ذهانية غير مطابقة : (١) أو (٢)

١ ـ هلاوس أو ضلالات لا تحتوي علي مواضيع لها علاقة بمزاج مريض الهوس ، مثل ضلالات الاضطهاد ، حشر الأعمال Thought Insertion أو ضلالات السيطرة (أن قوى خارجية تتحكم في تفكير وسلوك المريض) .

٢ ـ أعراض تخشبية Catatonic الذهول ، البكم ، العناد ، والوضعة غير الطبيعة .

٥ ـ تعافب جزئي : انطباق المحكات علي الحالة بصورة كاملة ، ولكنها غير موجودة حاليا ، مع احتمال وجود بعض الأعراض المتبقية.
٦ ـ تعافب كامل : انطباق المحكات علي الحالة تماما في الماضي واختفاؤها الكامل منذ ٦ شهور .

صفر : غير محدد Unspecified

أنواع الهوس

١ ــ الهوس العضوي : وينتج عن اضطرابات عضوية تسبق ظهور الأعراض ، مثل نشاط الغدد الدرقية ، تعاطي الكوكايين أو المنشطات ، انسمام الزئبق ، بعض أورام المخ ، وبعض الأدوية (مضادات الاكتئاب)
٢ ــ هوس المراهقة : تختفي أعراض الهوس خلف اضطرابات سلوكية، مثل تعاطي المخدرات أو الخمر أو السلوك المناهض للمجتمع .
٣ ــ اضطراب ازدواج القطبية السريع الدورات (Rapid Cycling) تظهر نوبات الهوس والاكتئاب بالتبادل بفاصل زمني لا يتجاوز ٤٨ ــ ٧٣ ساعة. ومسار هذا النوع أكثر أزمانا من الأنواع الأخرى .

اضطراب ازدواج قطبية / اكتئاب
أ ــ نوبة أو أكثر من الهوس في الماضي .
ب ــ نوبة اكتئاب جسيم حاليا أو منذ فترة وجيزة
اضطراب ازدواج قطبية / مختلط
أ ــ تشمل أعراض النوبة الحالية أو أحداث نوبة كل أعراض الهوس والاكتئاب ، في نفس الوقت أو بالتبادل السريع كل بضعة أيام .
ب ــ أعراض اكتئابية واضحة تستمر لمدة يوم كامل علي الأقل .
حدد الموسمية إن وجدت
دورية المزاج CYCLOTHYMIACS
أ ــ نوبات عديدة من الهوس الخفيف (تنطبق علية جميع محكات الهوس ما عدا المحك ج) لمدة سنتين علي الأقل (سنة بالنسبة للطفل والمراهق) ونوبات عديدة من اكتئاب المزاج التي لا ينطبق عليها المحك أ) الخاص بالاكتئاب الجسيم .
ب ــ عدم اختفاء أعراض الهوس الخفيف أو الاكتئاب لمدة تزيد علي شهرين متواليين أثناء سنتين من الإصابة بالاضطراب (سنة في الطفل أو المراهق)
ج ــ عدم توفر أدلة واضحة علي الإصابة بنوبة اكتئاب جسيم أو هوس خلال أول سنتين من الإصابة (سنه في الطفل والمراهق).
ملحوظة : بعد انقضاء هذه الفترة الدنيا من دورية المزاج قد تتركب علي الحالة نوبات هوس أو اكتئاب جسيم . في هذه الحالة ، نضيف

تشخيصا جديدا إلى دورية المزاج : اضطراب ازدواج قطبية ، أو ازدواج قطبية لم يسبق تخصيصه .

اضطراب ازدواج قطبية لم يسبق تخصيصه

اضطرابات مزاج لها خصائص الهوس أو الهوس الخفيف ولا تنطبق عليها محكات تشخيص حالات ازدواج القطبية التي سبق ذكرها.

الأمثلة :-

١ ـ نوبة واحدة على الأقل من الهوس الخفيف ونوبة اكتئاب جسيم واحدة على الأقل ، مع عدم وجود تاريخ إصابات بنوبات الهوس أو دورية من مزاج (تسمى هذه الحالات ازدواج قطبية ٢).

٢-نوبة أو أكثر من الهوس الخفيف بدون دورية مزاج ، أو تاريخ نوبات الهوس أو اكتئاب جسيم .

٣ ـ نوبة هوس مركبة على اضطراب ضلالي ، أو فصام متبقي ، أو اضطراب ذهانى لم يسبق تشخيصه .

حدد الموسمية إن وجدت .

٥- اضطراب اكتئابي لم يسبق تخصيصه :-

في اضطرابات ذات خصائص اكتئابية ،لا تنطبق عليها محكات الاضطرابات السابقة التشخيصية .

الأمثلة :-

١ ـ اكتئاب جسيم على مخلفات فصام .

٢ ـ نوبات متكررة من الاكتئاب الخفيف التى لا تنطبق عليها محكات عسر المزاج .

٣ ـ نوبات اكتئاب غير مرتبطة بضغوط نفسية سابقة ، ولا تنطبق عليها محكات اكتئاب الجسيم .

حدد الموسمية إن وجدت .

٥. اضطرابات استخدام المواد الفعالة نفسيا

PSYCHOACTIVE SUBSTANCE USE DISORDER

والاضطرابات العقلية العضوية الناتجة عن استخدامها

Psychoactive substance induced mental disorders

مقدمـــــة

يتناول الدليل التشخيصي المخدرات والعقاقير في جزأين .

١ ـ الجزء الأول

اضطرابات استخدام المواد الفعالة نفسيا الاعتماد ـ سوء الاستعمال.

٢ ـ الجزء الثاني

الاضطرابات العقلية العضوية الناتجة عن استخدام تلك المواد ، مثـل السكر والتأثر والأعراض الانسحابية والهذيان ... الخ .

الجزء الأول

اضطرابات استخدام المواد الفعالة نفسيا

تعريف المادة الفعالة نفسيا

هي كل مادة تؤدي عند تعاطيها إلي تغير في الوعي والمزاج

أولا : محكات تشخيص اعتماد (إدمان) المادة الفعالة نفسيا Dependence

أ ـ (ثلاث محكات) ٣ محكات من المحكات التالية علي الأقل

١ ـ استخدام المادة بكميات أكبر أو عدد أطول من التي كان ينوي عليـــها المتعاطي

٢ ـ الرغبة المستمرة في المادة أو محاولة فاشلة أو أكثر لتخفيض الكمية أو محاولة التحكم في استخدامها .

٣ ـ تستغرق الأنشطة اللازمة للحصول علي المادة (السـرقة مثـلا) أو تعاطيها (التدخيل المتواصل) أو التخلص من آثارها وقتا كبـيرا مـن حياة المتعاطي اليومية .

٤ ـ الخضوع لتأثير المادة أو الأعراض الانسحابية بصورة متكررة عندما ينتظر من الشخص الاضطلاع بمسئوليات هامة في العمل أو المدرسـة أو المنزل مثل (لا يذهب للعمل بسبب الصـداع أو انحـراف المـزاج

الناتج عن شرب الخمر ، يذهب الي المدرسة أو العمل وهو تحت تـأثير المادة ، يرعى أولاده وهو في حالة مشابهة.

٥ ــ يتخلى أو يخفف من الأنشطة الاجتماعية أو المهنيـة أو الترفيهيـة الهامة بسبب استخدام المادة .

٦ ــ الاستمرار في التعاطي بالرغم من علمـه بالمشـاكل الاجتماعيـة.أو النفسية أو الجسمية المتكررة أو المستمرة الناتجة عن استخدام المـادة أو التي تزداد سوءا عند استخدامها مثال (تعاطي الهروين بالرغم مـن المشاكل الأسرية التي يسببها الاستمرار في شرب الخمر بالرغم مـن إصابته بقرحة المعدة) .

٧ ــ التحمل الملحوظ أي الحجة لزيادة الجرعة بنسبة ٥٠ % علي الأقـل للحصول علي التأثير المطلوب أو ضعف تأثير المادة بشكل ملحوظ عند الاستمرار في التعاطي بنفس الجرعة .

ملحوظة : لا ينطبق هذا البنـد علـي الحشـيش ، عقـاقير الهلوسـة أو الفينسيكليدين Phencyclycidine (pcp) لمقاييس الهلاوس.

٨ ــ ظهور الأعراض الانسحابية المميزة لكل مادة .

٩ ــ استخدام المادة لتخفيف أو تجنب الأعراض الانسحابية .

ب ــ استمرار أعراض الاضطرابات لمدة شهر علـي الأقـل ، أو تكـرار حدوثها لمدة زمنية أطول .

ثانيا : محكات شدة الاعتماد (الإدمان)

طفيف : الأعراض الموجودة في المتعاطي قليلة ولا تتجاوز العدد المطلـوب للتشخيص ، والأعراض لا تؤدي إلا إلى عجز في الأداء المـهني أو الأنشطة الاجتماعية المعتادة أو العلاقات مع الآخرين .

متوسط : شدة الأعراض والعجز بين الطفيف والشديد .

شديد : الأعراض الموجودة تزيد عن المطلـوب للتشـخيص والأعـراض تؤدي إلى العجز المهني والاجتماعي وفي العلاقات مـع الآخريـن بصورة ملحوظة .

تعاف جزئي : استخدام بسيط للمادة أو بعـض أعـراض الاعتمـاد خـلال الشهور الستة الماضية .

تعاف كلي : عدم استخدام المادة أو اسـتخدامها بـدون ظـهور أعـراض الاعتماد خلال الشهور الستة الماضية .

ثالثا : محكات تشخيص سوء استخدام المادة الفعالة نفسيا

Psychoactive substance abuse

أ ــ استخدام المادة بصورة غير توافقية كما يتضح من توفر محك واحد من المحكين التاليين : ــ

١ ــ الاستمرار في التعاطي بالرغم من علمه بوجود مشاكل مهنية أو اجتماعية أو نفسية أو جسمية نتجت عن التعاطي أو زادت شدتها بسببه.

٢ ــ تكرار التعاطي في المواقف التي يؤدي استخدام المادة فيها الي الأخطار مثل (قيادة السيارة في حالة تعاطي الخمر أو المخدر).

ب ــ استمرار بعض أعراض الاضطراب لمدة شهر علي الأقل أو تكرار حدوثها لمدة زمنية أطول .

ج ــ ألا ينطبق علي الشخص محكات الاعتماد .

رابعا : المحكات التشخيصية لاعتماد مواد متعددة Poly drug

لا تستخدم هذه الفئة إلا إذا استخدم الشخص لفترة لا تقل عن ستة أشهر ثلاثة أنواع علي الأقل من المواد الفعالة نفسيا والتي لا تشتمل الدخان والقهوة وعلي أن تكون مادة بعينها هي السائدة علي نمط التعاطي وعلي أن تنطبق عليه في هذه الفترة محكات الاعتماد بصفة عامة دون أن تنطبق علية المحكات الخاصة بمادة بعينها .

الجزء الثاني
الاضطرابات العقلية العضوية الناتجة عن استخدام المواد الفعالة نفسيا

أولا : محكات التأثر بالمادة

DIAGNOSTIC CRITERIA FOR INTOXICATION

أ ـ ظهور تلازم خاص بالمادة ناتج عن التعاطي من مدة قريبة ملحوظة (قد تسبب أكثر من مادة نفس الأعراض)

ب ـ سلوك غير توافقي ـ أثناء اليقظة ـ بسبب تأثير المادة علي الجهاز العصبي مثل : العراك ، اضطراب الحكم علي الأشياء والمواقف ، تدهور الأداء الاجتماعي أو المهني .

ج ـ لا تتفق الصورة الإكلينيكية العامة مع أي من الاضطرابات العضوية العقلية الأخرى مثل الهذيان ، تلازم الضلالات العضوي، الهلوسة العضوية ، تلازم المزاج العضوي ، أو تلازم القلق العضوي .

ثانيا : محكات الانسحاب التشخيصية Withdrawal

أ ـ ظهور تلازم خاص بالمادة بعد الامتناع عن استعمالها أو التقليل منها علي شخص كان يستعملها بانتظام .

ب ـ لا تتفق الصورة الإكلينيكية العامة وأي من الاضطرابات العضوية العقلية الأخرى .

تطبيق هذه المحكات علي فئات العقاقير والمخدرات المختلفة

الخمر(الكحول)

١ ـ محكات السكر التشخيصية Alcohol intoxication

أ ـ تعاطي الخمر منذ مدة قصيرة مع عدم توافر الأدلة علي أن الكمية المتعاطاه لا تسبب السكر لمعظم الناس .

ب ـ تغيرات غير توافقية في السلوك (السلوك العدواني أو الجنس الاندفاعي ، تقلب المزاج اختلال الحكم علي الأشياء ، اختلال الأداء الاجتماعي أو المهني .

ج ـ ثلاثة أعراض علي الأقل من الأعراض التالية :

١ ـ عدم وضوح الكلام (ثقل اللسان) .

٢ ـ اختلال تناسق الحركة

٣ ـ عدم اتزان السير
٤ ـ اهتزاز مقلتي العينين
٥ ـ احتقان الوجه .
د ـ عدم ظهور تلك الأعراض نتيجة لاضطراب جسمي أو عقلي
٢ ـ السكر المرضي

Idiosyncratic alcoholic intoxication

أ ـ تغيرات غير توافقية في السلوك (سلوك عدواني أو هجومي بعد دقائق من تعاطي كمية من الخمر لا تسبب السكر لمعظم الناس)
ب ـ يعتبر هذا السلوك غير مألوف بالنسبة للمتعاطي وهو في حالته الطبيعية
ج ـ لا تعود هذه التغيرات إلى مرض آخر عضوي أو نفسي .

٣ ـ أعراض انسحاب الخمر التالية من المضاعفات

UNCOMPLICATED ALCOHOL WITHDRAWAL

أ ـ التوقف عن الإسراف في تعاطي الخمر لمدة طويلة (تزيد عن عدة أيام ولمدة أطول) والذي يتبعة رعشة شديدة في اليدين واللسان والجفنين المصحوب بمحك واحد علي الأقل من المحكات التالية :
١ ـ الغثيان أو القيء
٢ ـ ضعف عام
٣ ـ نشاط الجهاز العصبي الذاتي (سرعة النبض ، إفراز العرق ، ارتفاع الضغط)
٤ ـ القلق
٥ ـ الاكتئاب أو العصبية
٦ ـ الهلاوس أو التوهمات العارضة
٧ ـ الصداع
٨ ـ الأرق
ب ـ عدم ظهور الأعراض نتيجة لمرض عضوي أو نفسي آخر
٤ ـ هذيان سحب الخمر

Alcohol withdrawal delirium

أ ـ الهذيان الناتج عن الامتناع عن التعاطي المكثف أو تقليل جرعة الخمر (تظهر الأعراض خلال أسبوع من الامتناع) .

ب ـ نشاط الجهاز العصبي الزائد (سرعة النبض ، كثرة إفراز العرق) .
ج ـ لا تعود الأعراض إلى مرض عضوي أو نفسي آخر .
ملحوظة : في حالة ضرورة تشخيص الحالة دون توفر بيانات كافية عن المريض أو نتائج الفحوصات على سوائل الجسم ، نصف التشخيص بأنه " مؤقت " PROVISIONS

ه ـ هلوسة الخمر

Alcohol hallucinosis

أ ـ هلوسة وهلاوس مستمرة وشديدة الوضوح (بصرية أو سمعية) تظهر خلال ٤٨ ساعة من الامتناع عن التعاطي بإسراف أو بعد تخفيض الجرعة في شخص تبدو عليه علامات الاعتماد .
ب ـ عدم وجود علامات الهذيان .
ج ـ لا تعود الأعراض إلى مرض عضوي أو نفسي .

٦ ـ اضطراب النسوة الكحولي

ALCOHOL AMINES TIC DISORDER

٧ ـ الخرف المصاحب لاعتماد الخمر

DEMENTIA ASSOCIATED WITH ALCOHOLICS

أ ـ الخرف التالي على تعاطي الخمر بإسراف ولفترة ممتدة والذي تستمر أعراضه لفترة لا تقل عن ٣ أسابيع بعد الامتناع .
ب ـ استبعاد الخرف الآخر من تاريخ الحالة والفحص الطبي والفحوصات.

المهدئات ، المنومات ، مضادات القلق

محكات التأثر INTOXICATION

أ ـ استخدام مهدئ أو منوم أو مضاد للقلق من فترة قريبه .
ب ـ تغيرات غير توافقية في السلوك (السلوك الجنسي أو العدوان الاندفاعي، تقلب المزاج) اختلال الوظائف الاجتماعية أو المهنية.
ج ـ محك واحد على الأقل من المحكات التالية :
١ ـ ثقل اللسان
٢ ـ عدم تناسق الحركة
٣ ـ عدم اتزان السير
٤ ـ اضطراب التركيز أو الذاكرة
د- لايعود إلى مرض عضوى أو نفسى

ملحوظة : في حالة ضرورة التشخيص مع عدم توفر بيانات كافية عن تاريخ المريض أو نتائج الفحوصات المختبرية ، نصف التشخيص بأنه مؤقت إلى حين توفر هذه الأدلة .

المحكات التشخيصية للأعراض الانسحابية الخالية من المضاعفات الخاصة بالمهدئات والمنومات وكمضادات القلق :

أ ــ التوقف عن الاستعمال الممتد (لمدة أسابيع أو أكثر) للمهدئات أو المنومات أو مضادات القلق بجرعات متوسطة أو كبيره ، أو تخفيف الجرعة والذي يتبعه ثلاثة محكات على الأقل من المحكات التالية :

١ ــ الغثيان أو القيء .
٢ ــ التعب أو الضعف .
٣ ــ نشاط الجهاز العصبي الذاتي الزائد (سرعة النبض ، غزارة العرق).
٤ ــ القلق أو العصبية .
٥ ــ انخفاض الضغط عند الوقوف .
٦ ــ رعشة قوية في اليدين ، اللسان ، الجفنين .
٧ ــ الأرق الشديد .
٨ ــ النوبات الصرعية الكبرى .

ب ــ لا تعود الأعراض إلى اضطراب عضوي أو عقلي آخر مثل الهذيان الانسحاب الخاص بالمهدئات والمنومات ومضادات القلق.

المحكات التشخيصية للهذيان الانسحابي :

أ ــ الهذيان الناشئ عن التوقف عن التعاطي لهذه المواد بجرعات كبيرة أو تخفيف الجرعة (تظهر علامات الهذيان خلال أسبوع من التوقف في العادة) .

ب ــ نشاط الجهاز العصبي الذاتي الزائد (سرعة النبض ، غزارة العرق).

ج ــ لا ينشأ الهذيان من اضطراب عضوي أو عقلي آخر .

محكات الهذيان :-

أ ــ انخفاض القدرة على التركيز على المؤثرات الخارجية مثل (الحاجة إلى تكرار الأسئلة لضعف الانتباه) والعجز عن تحويله الانتباه إلى المؤثرات الخارجية الجديدة بصورة مناسبة (الاستمرار في الإجابة بنفس الكلام على الأسئلة الجديدة) .

ب ــ انهيار التفكير ، كما يتضح من الكلام غير المفهوم أو الاسترسال أو بعد الكلام عن الموضوع .

ج ـ محكان على الاقل من المحكات التالية :-

١ ـ انخفاض مستوى الوعي كما يتضح من العجز عن المحافظة على اليقظة أثناء الكشف الطبي .

٢ ـ اضطرابات الإدراك : الهلاوس – الخداعات ، الخطأ في تفسير المؤثرات .

٣ ـ اختلال دورة النوم واليقظة التي تؤدى إلى الأرق أو النعاس أثناء النهار .

٤ ـ ازدياد أو انخفاض النشاط النفسي الحركي .

٥ ـ اختلال إدراك الزمان والمكان والأشخاص .

٦ ـ ضعف الذاكرة مثل العجز عن تعلم معلومات جديدة كأسماء أشياء عديدة لا علاقة بينها بعد ٥ دقائق من تعلمها أو العجز عن تذكر الأحداث الماضية مثل تاريخ الحالة المرضية الحالية .

د ـ تظهر الأعراض الإكلينيكية (خلال فترة ساعات أو أيام في العادة) كما أنها تتغير خلال اليوم .

٥ ـ وجود المحك (١) أو (٢) .

١ ـ الاستدلال من تاريخ الحالة والكشف الطبي أو الفحوصات المختبرية على وجود عامل أو عوامل عضوية معينة يحقق أنها السبب في الاضطراب .

٢ ـ في حالة عدم توفر هذه الأدلة ، يفترض وجود عامل عضوي سببي إذا لم نتمكن من تفسير الأعراض أو نسبتها لاضطراب عقلي وظيفي مثل نوبة من الهوس تؤدى إلى الهياج الحركي واضطراب النوم.

المحكات التشخيصية الخاصة باضطراب النسوة الناتج من سوء استعمال المهدئات والمنومات والعقاقير :-

أ ـ تلازم النسوة الذي يتلو التعاطي المسرف والممتد للمهدئ أو منوم أو مضاد للقلق .

ب ـ لا يعود الاضطراب لأي مرض عضوي أو عقلي آخر .

محكات تشخيص تلازم النسوة :-

أ ـ توفر الدليل على ضعف الذاكرة البعيدة الأجل والقريبة الأجل ، وفيما يتعلق بالذاكرة طويلة الأجل يستطيع الشخص تذكر الأحداث القديمة بصورة أفضل عن الأحداث القريبة ويتضح ضعف الذاكرة القريبة

(العجز عن تتنم المواضيع الجديدة) من عدم قدرة الشخص عن تذكر ٣ أشياء بعد خمس دقائق .

أما اضطراب الذاكرة البعيدة (العجز عن تذكر المعلومات التي كان يعرفها في الماضي فيستدل عليها من عجزه في التذكر للمعلومات الشخصية الخاصة بما فيه الأمور التي حدثت أمس ، مكان الولادة – المهنة) أو المعلومات العامة أو الرؤساء السابقون أو التواريخ المشهورة.

ب – لا تحدث الأعراض أثناء حالة هذيان فقط ، كما أن محكات تشخيص الخرف لا تنطبق عليها عدم اختلال القدرة علي التجريد أو الحكم السليم – عدم وجود اضطرابات أخرى في وظائف لحاء المخ العليا أو تغير في الشخصية .

ج – توفر الأدلة من خلال تاريخ الحالة والكشف أو الفحوصات المختبرية علي وجود عوامل عضوية معينة يعتقد أنها السبب في حدوث الاضطراب .

الاضطرابات الخاصة بمركبات الأفيون

OPIOID - RELATED DISORDERS

المحكات التشخيصية الخاصة بالتأثر بمركبات الأفيون

OPIOID INTOXICATION

أ – تعاطي مركب أفيون من مدة قريبة .

ب – تغيرات غير توافقية في السلوك (نشوة مبدئية يتلوها تبلد الانفعال وانحراف المزاج والبطء النفسي الحركي واختلال الحكم السليم ، وتعطل الأداء الاجتماعي والمهني)

ج – انقباض إنسان العين أو تمدده نتيجة لنقص الأكسجين في حالات التسمم مع وجود علامة واحدة علي الأقل من العلامات التالية

١ – النعاس

٢ – عدم وضوح الكلام

٣ – تعطل الانتباه أو الذاكرة

٤ – عدم وجود اضطراب عضوي أو عقلي أخر يفسر الأعراض .

المحكات التشخيصية الخاصة بانسحاب مركبات الأفيون

OPIOID WITHDRAWAL

أ ـ التوقف عن الاستخدام الممتد(أسابيع أو أكثر بمركب أفيوني بجرعات متوسطة أو كبيرة) أو تخفيف جرعة (أو استعمال مضاد أفيوني بعد فترة من الاستعمال والذي يتبعة ٣ علامات علي الأقل من العلامات التالية .

١ ـ الرغبة الملحة في الحصول علي المخدر
٢ ـ الغثيان أو القيء
٣ ـ الآلام العضلية
٤ ـ انسكاب الدموع وسائل الأنف
٥ ـ تحدد إنسان العين ، انتصاب شعر الجسم والرأس والعرق
٦ ـ الإسهال
٧ ـ التثاؤب
٨ ـ ارتفاع درجة الحرارة
٩ ـ الأرق .

هذه الأعراض ليست لمدمن عضوي أو عقلي أخر .

منبهات الجهاز العصبي المركزي

١ ـ التأثر (الانسمام أو التسمم) Intoxication

أ ـ استعمال منشط أو مادة مشابهة منذ فترة قريبة .

ب ـ تغيرات غير توافقية في السلوك (العراك ، اليقظة المفرطة ، الحركة الزائدة ، الشعور بالعظمة اختلال الحكم علي الأمور والأداء المهني والاجتماعي)

ج ـ علامتان من العلامات التالية

١ ـ سرعة إيقاع القلب
٢ ـ تمدد إنسان العين
٣ ـ ارتفاع ضغط الدم
٤ ـ العرق أو البرودة
٥ ـ الغثيان أو القيء

د ـ لا تعود الأعراض إلى مرض عضوي أو عقلي آخر

٢ ـ أعراض الانسحاب Withdrawal

أ ـ التوقف عن الاستعمال الممتد (لمدة أيام أو أكثر) أو الإسراف في تعاطي الامفيتامينات أو مادة مشابهة أو تخفيف الكمية والذي يتبعه انحراف المزاج (الاكتئاب ، العصبية ، القلق) وعلامة واحدة على الأقل من العلامات التالية:

١ ـ التعب
٢ ـ الأرق أو النوم الزائد
٣ ـ الحركة المفرطة

ب ـ لا تعود الأعراض لمرض عضوي أو عقلي آخر .

٣ ـ هذيان الإمفتامين والمركبات المشابهة

أ ـ الهذيان الذي يظهر بعد ٢٤ ساعة من استخدام الإمفتامين أو مركبات مشابهة .

ب ـ لا تعود الأعراض لاضطراب عقلي أو عضوي آخر .

٤ ـ الاضطراب الضلالي الناتج عن الإمفتيامين والمركبات المشابهة.

أ ـ تلازم الضلالات العضوي الذي يظهر بعد استخدام هذه المركبات بفترة وجيزة

ب ـ الضلالات الاضطهادية السريعة ، التطور هي السمة الأساسية .

ج ـ لا تعود لاضطراب عقلي أو عضوي .

عقاقير الهلوسة والارايلسيكلوهكزايلأمابين

Hallucinogens&Arycyclohexylmin

١ ـ هلوسة عقاقير الهلوسة Hallucinosis

أ ـ استخدام عقار هلوسة منذ فترة وجيزة

ب ـ السلوك غير المتوافق (القلق أو الاكتئاب الشديد ، أفكار الإشارة، الخوف من الجنون ، الأعمال الاضطهادية ، اختلال سلامة الحكم، والأداء المهني والاجتماعي)

ج ـ تغيرات في الإدراك مع حالة يقظة تامة (الشعور بازدياد حدة الإدراك، اختلال الآنية ، اختلال الغيرية ، الخداعات ، الهلاوس، التداخلات الحسية) .

د ـ توفر علامتين من علامات العين

٢ ـ سرعة إيقاع القلب
٣ ـ العرق
٤ ـ الإحساس بدقات القلب
٥ ـ زغللة النظر
٦ ـ الرعشة
٧ ـ فقدان تناسق الحركة .
هـ ـ لا تعود الأعراض إلى اضطراب عقلي أو عضوي .
٢ ـ الاضطراب الضلالي الناتج عن عقاقير الهلوسة
أ ـ تلازم الضلالات الذي ينشأ بعد استخدام عقاقير الهلوسة بفترة وجيزة.
ب ـ لا تعود الأعراض إلى اضطراب عضوي أو عقلي مثل مرض الفصام.
٣ ـ اضطراب الإدراك الناتج عن استخدام عقاقير الهلوسة
أ ـ تكرار الشعور بأعراض اختلال الإدراك التي تحدث عند التأثر بعقار الهلوسة بالرغم من الامتناع عن استعماله (الهلاوس الهندسية ، إدراك الحركة الخاطئ في أطراف المجال البصري ، ومضات ملونة ، ألوان زاهية ، صور ملونة ، تتبع الأشياء المتحركة ، الصور البعيدة الإيجابية الهالة الضوئية المحيطة بالشيء ، توهم كبر أو صغر الأشياء من حيث حجمها)
ب ـ أعراض (أ) تؤدي إلى الانزعاج الشديد
ج ـ استبعاد الأسباب الأخرى للأعراض السابقة من التهابات أو علل المخ، الهذيان ، الخرف ، الصراع الحسي ، الفصام ، تخيل الأحشاء ، هلاوس ما قبل الاستيقاظ من النوم .
٤ ـ اضطراب المزاج الناتج من عقاقير الهلوسة
أ ـ تلازم اضطراب المزاج العضوي الذي يظهر بعد استخدام عقار الهلوسة بفترة وجيزة (خلال أسبوع أو أسبوعين) الذي لا يستمر لمدة تزيد عن ٢٤ ساعة بعد الامتناع .
ب ـ لا تعود الأعراض لاضطراب عضوي أو عقلي .

الحشيش والماريجوانا والبنجو

١ ـ التأثر بالحشيش
أ ـ تعاطي الحشيش من مدة قريبة

ب ــ تغيرات السلوك غير التوافقية (الفرفشة ، القلق ، الشك ، أو الأعمال الاضطهادية ، الشعور ببطء مرور الوقت ، اختلال سلامة الحكم علـــي الأمور والانعزال الاجتماعي)

ج ــ علامتان علي الأقل من العلامات التالية بعد تعاطي الحشيش بساعتين:

١ ــ احتقان العينين

٢ ــ زيادة الشهية للطعام

٣ ــ يبوسة الحلق

٤ ــ سرعة دقات القلب

د ــ لا تعود الأعراض إلى اضطراب عضوي أو عقلي .

٢ ــ الاضطراب الضلالي الناتج عن الحشيش .

أ ــ تلازم الضلالات العضوي الذي يظهر بعـــد تعـــاطي الحشـــيش بفـــترة وجيزة.

ب ــ لا تعود الأعراض لاضطراب عضوي أو عقلي .

الكافيين والنيكوتين (الدخان)

انسمام الكافيين

أ ــ استخدام الكافيين منذ فترة قريبة بجرعة تزيد علي ٢٥٠ ملجم

ب ــ (٥) علامات علي الأقل من العلامات التالية

١ ــ عدم الاستقرار   ٢ ــ التوتر

٣ ــ الهياج   ٤ ــ الأرق

٥ ــ احتقان الوجه   ٦ ــ إدرار البول

٧ ــ اضطراب الجهاز الهضمي   ٨ ــ الخلجات العضلية

٩ ــ غزارة انسياب الأعمال والكلام

١٠ ــ سرعة النبض وعدم انتظام ضربا ته

١١ ــ فترات من عدم الشعور بالتعب   ١٢ ــ الهياج النفسي الحركي.

ج ــ لا تعود الأعراض الي اضطراب عضوي أو عقلـــي مثـــل اضطـــراب القلق.

انسحاب النيكوتين

أ ــ تعاطي النيكوتين (التدخين) يوميا لعدة أسابيع علي الأقل

ب ـ التوقف المفاجئ عن التعاطي أو تخفيف الكمية الذي يتبعه خلال ٢٤ ساعة وجود (٤) علامات علي الأقل من العلامات التالية

١ ـ الرغبة الملحة في التدخين
٢ـ العصبية،الإحباط،أو الغضب
٣ ـ بطء نبضات القلب
٤ ـ زيادة الشهية والوزن
٥ ـ القلق
٦ ـ صعوبة التركيز
٧ـ التململ

المستنشقات

INHALANTS

انسمام المستنشقات

أ ـ استخدام مادة متطايرة من مدة قريبة

ب ـ تغيرات غير توافقية في السلوك (حب العراك ، الشراسة ، تبلد الانفعال ، اختلال سلامة الحكم والأداء المهني والاجتماعي)

ج ـ علامتان علي الأقل من العلامات التالية :

١ ـ الدوخة
٢ ـ اهتزاز العينين
٣ ـ عدم تناسق الحركة
٤ ـ عدم وضوح الكلام
٥ ـ عدم اتزان المشى
٦ ـ البلادة
٧ ـ ضعف الانفعالات
٨ ـ البطء النفسي الحركي
٩ ـ الضعف العضلي العام
١٠ ـ زغللة أو ازدواج الرؤية.
١١ ـ الغيبوبة
١٢ ـ الفرفشة

٦ . الاضطرابات الجنسية

١ ـ اضطرابات الهوية الجنسية

١ ـ التحول الجنسي TRANSSEXUALS

الرغبة في أن يعيش الشخص ويقبل كعضو من الجنس الآخر يصاحبها عادة إحساس بعدم الراحة أو عدم التلاؤم مع الجنس التشريحي للشخص . ورغبة في إجراء عملية أو تناول علاج هرموني لكي يتواءم الجسد بقدر الإمكان مع الجنس المفضل لدى الشخص .

مؤشرات تشخيصية

لاستخدام هذا التشخيص يجب أن تستمر الهوية التحولية الجنسية لمدة عامين علي الأقل ولا تكون عرضا لاضطراب عقلي آخر مثل الفصام أو مصاحبة لأي شذوذ بيني جنسي أو وراثي أو في الصبغيات الجنسية.

٢ ــ تحول الزي الثنائي الدور (الارتداء المغاير)

Transvestism

هو ارتداء ملابس الجنس الآخر لفترة من الوقت من أجل الاستمتاع بتجربة مؤقتة كأحد أفراد الجنس الآخر ، ولكن دون أي رغبة في تبدل جنسي دائم أو أي إجراءات جراحية مصاحبة . ويجب تمييز هذه الحالة عن تحول الزي التوثيني (الفتيشي) حيث لا يوجد إثارة جنسية مصاحبة لارتداء الملابس المخالفة .

٣ ــ اضطراب الهوية الجنسية في الطفولة

هي اضطرابات تبدأ في الظهور عادة أثناء مرحلة الطفولة المبكرة (دائما قبل البلوغ بفترة طويلة) وتتميز بانزعاج دائم وشديد بشأن الجنس الفعلي مع رغبة (أو إصرار) علي الانتماء إلى الجنس الآخر وهناك انشغال بملابس و / أو نشاطات الجنس الآخر و / أو رفض للجنس الفعلي المعتقد .

هذه الاضطرابات غير شائعة نسبيا . ولا يجب أن يتم الخلط بينها وبين عدم التكيف المتكرر مع الدور النمطي المسند إلى كل جنس ويستدعي تشخيص اضطراب الهوية الجنسية في الطفولة اضطرابا عميقا في الإحساس الطبيعي بالذكورة أو الأنوثة وليس الصبيانية في البنات أو تخنثا بين الأولاد و لا يمكن استخدام التشخيص إذا كان الفرد قد وصل إلى سن البلوغ .

ب ــ اضطرابات الإيثار (التفضيل) الجنسي

١ ــ الفيتشية Fetishism

هو الاعتماد علي شيء غير حي واعتباره منبها للإثارة الجنسية والارتواء الجنسي وكثير من الأشياء الفيتشية هي امتداد الجسم الإنساني مثل قطع ملابس أو أحذية والأمثلة الأخرى تتميز بنسيج خاص مثل الكاوتشوك أو البلاستيك أو الجلد ، وتتباين الأشياء الفيتشية في أهميتها

بالنسبة للفرد وفي بعض الحالات يكون دورها ببساطة هو تعزيز الإثارة الجنسية المكتسبة بالطرق الطبيعية (علي سبيل المثال جعل الشريك يرتدي ثوبا معينا) .

مؤشرات تشخيصية

يستخدم تشخيص الفيتشية إذا كانت الأشياء الفيتشية هي المنبه الجنسي الهام واللازم للاستجابة الجنسية أما الخيالات الفيتشية فهي شائعة ولكنها لا ترقي الي مستوي الاضطراب إلا إذا أدت الي طقوس كريهة وغير مقبولة بدرجة تتعارض مع الجماع الجنسي وتتسبب في انزعاج الفرد .

وتكاد الفيتشية أن تكون مقصورة علي الرجال .

٢ ـ تحول الزي الفيتشي

هو ارتداء ملابس الجنس الآخر للحصول علي الإثارة الجنسية .

مؤشرات تشخيصية

يجب تمييز هذا الاضطراب عن الفيتشية البسيطة في أن الأدوات أو الملابس الفيتشية لا يهم ارتداؤها فحسب ولكنها تستخدم بحيث تخلق مظهر شخص من الجنس الآخر ويحتمل ارتداء أكثر من قطعة وكثيرا ما يكون طقما كاملا بما فيه الشعر المستعار وأدوات الزينة ويتميز تحول الزي الفيتشي عن تحول الزي المصاحب للتحول الجنسي بارتباطه بالإثارة الجنسية والرغبة القوية في خلع الملابس بمجرد الوصول إلى قمة اللذة وهبوط الإثارة الجنسية ويذكر كثير من المصابين بالتحول الجنسي تاريخا من تحول الزي الفيتشي في مرحلة مبكرة وقد تكون بمثابة مرحلة في تبلور التحول الجنسي في هذه الحالات .

٣ ـ الاستعراض الجنسي (الاستعراء)

EXHIBITIONISM

ميل متكرر أو دائم نحو كشف الأعضاء الجنسية الذاتية للغرباء (غالبا من الجنس الآخر) أو الناس في الأماكن العامة دون محاولة الاتصال الوثيق ولا تحدث دائما حالة من الإثارة الجنسية وقت الاستعراء وغالبا ما يلي الفعل ممارسة العادة الجنسية . وقد يكشف هذا الميل عن نفسه بسلوك علني في أوقات الكرب العاطفي أو الأزمات فقط تفصل بينها أوقات طويلة تخلو من هذا السلوك .

٤ ــ التطلع الجنسي (لذة المشاهدة)

ميل متكرر أو دائم إلى مشاهدة الناس وهم يمارسون سلوكا جنسيا أو خاصا مثل خلع الملابس ويؤدي هذا عادة الي إثارة جنسية وممارسة العادة السرية ويتم دون معرفة أو وعي الشخص المراقب .

٥ ــ حب الأطفال الجنسي

تفضيل جنسي للأطفال عادة في سن ما قبل البلوغ أو البلوغ المبكر بعض محبي الأطفال ينجذبون فقط للفتيات والبعض الآخر يقتصر على الأولاد والبعض يهتم بالجنسين .

٦- السادية -المازوكية (التلذذ بالقسوة والإهانة)

هو تفضيل لنشاط جنسي يتضمن إحداث الألم أو الإهانة أو الالتصاق. إذا كان الشخص يفضل أن يكون هو المستقبل لهذا النوع من الاستثارة تسمى الحالة ماز وكية وإذا كان هو المصدر تسمى الحالة سادية وأحيانا يحصل الفرد على الإثارة الجنسية من الممارسات السادية والمازوكية . وكثيرا ما تستخدم درجات خفيفة من الإثارة السادية المازوكية لتعزيز ممارسة جنسية طبيعية وتستخدم هذه الفئة التشخيصية فقط إذا كانت الممارسة السادية المازوكية هي أهم مصدر الإثارة أو ضرورية للإشباع الجنسي .

أحيانا يكون من الصعب التمييز بين السادية الجنسية وبين القسوة في الموقف الجنسي أو الغضب غير المرتبط بالجنسية ويكون التشخيص أكيدا عندما يكون العنف ضروريا للإثارة الجنسية .

جاءت كلمة السادية من دونا سيان الفونس فرانسوا المعروف بالماركيز دى ساد (١٧٤٠-١٨١٤) وقد اخترع هذه التسمية لوصف اتجاهاته وميله ، وتتراوح السادية من القسوة العادية إلى اللذة الجنسية.

٧ ــ اضطرابات متعددة في الإيثار الجنسي

أحيانا يوجد أكثر من اضطراب تفضيل جنسي واحد في الشخص نفسه دون أن يكون لأحدهما الأولوية على الآخر . والمزيج الأكثر شيوعا هو الفيتشية مع تحول الزي والسادية المازوكية .

٨ ــ اضطرابات أخرى في الإيثار الجنسي

قد توجد أشكال أخرى مختلفة في النشاط والتفضيل الجنسي وتتضمن:
هذه علي سبيل المثال عمل اتصالات تليفونية فاحشة (داعرة) والاحتكاك بالآخرين في الأماكن العامة المزدوجة من أجل الإثارة الجنسية (أي الاحتكاك) والممارسات الجنسية مع الحيوانات (البهيمية) واستخدام الخنق أو منع الهواء لزيادة الإثارة الجنسية .
والممارسات الجنسية متباينة جدا وهي علي درجة من الندرة بحيث لا تستحق تحديد اصطلاح خاص لكل منها . فابتلاء البول أو التلويث بالبراز أو خرق القلعة وحلمات الصدر ليس إلا جزءا من المخزون السلوكي للسادية والمازوكية . كذلك تكثر الطقوس المختلفة في ممارسة العادة السرية ولكن حيث تحدث ممارسات متطرفة كإدخال أجسام داخل المستقيم أو مجري البول القضيبي أو خلق النفس الجزئي وتأخذ مكان الاتصال الجنسي العادي فهي عندئذ تعتبر من أنواع الشذوذ كذلك تصنف هنا حالات جماع الموتى .

العادة السرية والاستمناء (جلد عميرة)
وهو الإتيان باللذة الجنسية من خلال مداعبة الأعضاء التناسلية الذاتية وتستعمل كبديل للجماع الجنسي ، ويعاني الكثير من الشباب والشابات من آلام نفسية شديدة جراء الصراع بين الرغبة في ممارسة الاستمناء والإحساس إما بوخز الضمير ، وعصيان الدين . ونصيحة الأباء، وتبدأ الغالبية في البرود من أعراض الإعياء النفسي والتوهم المرضي وصعوبة التركيز والصداع وآلام الظهر والسرحان نتيجة لهذا الصراع النفسي ، وليس كنتيجة لممارسة الاستمناء كما في ذهن الكثير من العامة بل إن بعض الآباء والأمهات يؤولون الذهان في أبنائهم للاستغراق في العادة السرية وما ذلك إلا نتيجة للذهان وليس سببا له . وقد وجد كنسي أن نسبة ممارسة الاستمناء بين طلبة الإعدادية حوالي ٢٩ % وبين طلبة الثانوية حوالي ٣٧ % وتصل بين طلبة الجامعة إلى ٦٦ % وكذلك تنتشر هذه العادة بين الفتيات ولكن بنسبة أقل من الرجال، وعادة ما يصاحب الاستمناء بعض التخيلات الجنسية مع الجنس الآخر أو نفس الجنس وأحيانا ما تكون ميكانيكية دون أي تصور مع الجنس الآخر أو نفس الجنس .

الاستجناس أو الجنسية المثلية أو اللواط

ينتشر هذا المرض بين الرجال أكثر من النساء ، وهو أكثر شيوعا في بعض الدول عن الأخرى فتصل النسبة في بريطانيا والولايات المتحدة والدول الاسكندنافية الي ١٨ ـ ٢٢ % من كل الرجال وأحيانا تصل في بعض الواحات المصرية إلى ٥٠ % وعادة ما يقتصر الاستجناس في النساء علي امرأة واحدة أي أنها لا تمارس الجنسية المثلية إلا مع طرف واحد . أما الرجال فغالبا ما يمارس الجنس مع عدة أشخاص . وما زال هذا المرض جريمة في مصر ولكن اعتبرته بعض الدول مرضا يستحق العلاج بدلا من العقاب الذي لا يجدي في مثل هذه الحالات . وهو أكثر شيوعا في الأماكن الآهلة بنفس الجنس كالمدارس الداخلية . والمعسكرات . والسجون والمعتقلات وبين الحريم في بعض البلاد العربية ... الخ .

عسر الوظيفة الجنسية غير العضوي

يتضمن عسر الوظيفة الجنسية كل الأشكال التي يكون فيها الفرد غير قادر علي المشاركة في عمل علاقة جنسية يتمناها أو تتمناها فقد يكون هناك انعدام اهتمام أو انعدام متعة أو فشل في الاستجابات الفسيولوجية الضرورية للتفاعل الجنسي المؤثر (علي سبيل المثال الانتصاب) أو عدم القدرة علي التحكم في النشوة أو الوصول إليها .

الاستجابة الجنسية هي عملية نفس جسمية وفي أغلب الاحيان تتداخل العمليات النفسية والجسمية في إحداث الاضطراب الوظيفي الجنسي ، وقد يكون من الممكن التعرف علي سبب نفسي أو عضوي بشكل مؤكد ولكن الأكثر شيوعا ، خاصة في مشكلات مثل الفشل في الانتصاب ، أو الإلمام الجماع أن يكون من الصعب التأكد من الأهمية النسبية لكل من العوامل النفسية . والعوامل العضوية . في هذه الحالات يكون من المناسب تصنيف الحالة باعتبارها عسر انتصاب وظيفي بسبب مختلط أو غير محدد.

انعدام أو فقدان الرغبة الجنسية

فقدان الجنسية هو المشكلة الأساسية وليست ثانوية لصعوبات جنسية أخري ، مثل الفشل في الانتصاب أو الإلمام الجماع . كذلك فان انعدام الرغبة الجنسية لا يستبعد الاستمتاع أو الاهتياج الجنسي ولكنه يعني

انخفاض المبادرة في النشاط وهي حالة أكثر إشكالية في هؤلاء الرجال الذين تنتظر شريكاتهم أن يأخذوا هم بزمام المبادرة .

بغض الجنس ، وعدم الاستمتاع الجنسي :

أ ـ بغض الجنس

توقع التفاعل الجنسي مع الشريك تصاحبه مشاعر شديدة السلبية وتحدث خوفا أو قلقا كافيا لتجنب النشاط الجنسي .

ب ـ عدم الاستمتاع الجنسي

تحدث الاستجابات الجنسية بشكل طبيعي ويحدث شعور بالنشوة ولكن هناك عدم استمتاع بالدرجة الملائمة . هذا البرود شائع بين النساء عنها بين الرجال .

الفشل في استجابة أعضاء التناسل

في الرجال ، عسر انتصاب وظيفي : المشكلة الأساسية هي صعوبة الانتصاب أو الاحتفاظ به بشكل يناسب جماع مرض . إذا كان الانتصاب يحدث طبيعيا في مواقف معينة علي سبيل المثال : أثناء العادة السرية أو النوم أو مع شريكة مختلفة فان السبب أقرب عندئذ الي أن يكون نفسي المنشأ . إذا لم يكن الحال كذلك فان التشخيص الصحيح لحالة فشل انتصاب غير عضوي المنشأ يجب أن يعتمد علي فحوصات خاصة (علي سبيل المثال القياسات الليلية للانتفاخات القضيبية) أو علي الاستجابة للعلاج النفسي .

في النساء ، الجفاف المهبلي أو العجز عن تخفيف الاحتكاك

هذه الحالة يمكن أن تكون نفسية المنشأ أو نتيجة لمرض موضعي (علي سبيل : التهاب) أو نتيجة لنقص هرمون الاستروجين (علي سبيل المثال بعد انقطاع الدورة) ومن غير المعتاد أن تشكو النساء من جفاف مهبلي أولي إلا كعرض لنقص الاستروجين بعد انقطاع الدورة .

خلل النشوة (عسر هزة الجماع الوظيفي)

هزة الجماع (أو القذف عند الرجال) إما أنها لا تحدث أو تحدث متأخرة كثيرا وقد تحدث الحالة في حالات معينة (بمعني أنها تحدث فقط في بعض المواقف . وفي هذه الحالة يكون السبب غالبا نفسي المنشأ) أو

غير متغيرة (ثابتة) حيث يصبح من الصعب استبعاد العوامل البدنية أو التكوينية إلا من خلال الاستجابة الإيجابية للعلاج النفسي ، وعسر وظيفة هزة الجماع أكثر شيوعا بين النساء عنه الرجال.

القذف المبكر

هو عدم القدرة علي التحكم في القذف بدرجة كافية بحيث يستمتع الطرفان بالتفاعل الجنسي . في الحالات الشديدة قد يحدث القذف قبل الدخول إلى المهبل أو جدوى في انتصاب . من غير المعتاد أن يكون القذف المبكر عضويا ولكنه يمكن أن يكون كرد فعل نفسي لاضطراب عضوي علي سبيل المثال عجز في الانتصاب أو ألم . كذلك وقد يبدو القذف مبكرا إذا كان الانتصاب يحتاج الي إثارة طويلة مما يقصر من الفترة الزمنية بين الوصول إلى انتصاب كاف وبين القذف . والمشكلة الرئيسة في هذه الحالة هو تأخر الانتصاب (يمكن إضافة فئة إضافية من اللذة غير المصحوبة بقذف عند الرجال وإن كانت هذه المشكلة عادة ثانوية لمرض جسمي أو أثاره أدوية)

التقلص المهبلي غير العضوي

تقلص في عضلات مدخل الحوض التي تحيط بالمهبل فيتسبب في إغلاق الفتحة المهبلية مما يجعل الدخول القضيبي إما محالا أو مؤلما وان كان التقلص المهبلي ردا ثانويا لسبب موضعي للألم فهنا لا يجوز استخدام هذا التشخيص

ألم الجماع غير العضوي

ألم الجماع (أو الألم أثناء الجماع الجنسي) يحدث في كل من النساء والرجال وفي كثير من الأحوال يمكن إرجاعه الي مرضية موضعية وعندئذ يجب تصنيفه تبعا للحالة المرضية أما في بعض الحالات التي لا يوجد فيها سبب واضح عندئذ يصبح من المهم البحث عن السبب النفسي وتستخدم

هذه الفئة التشخيصية فقط في حالة عدم وجود اضطراب وظيفي جنسي آخر وعلي سبيل المثال تقلص مهبلي أو جفاف مهبلي .

زيادة الدافع الجنسي

قد يشكو كل من الرجال والنساء أحيانا من زيادة في الدافع الجنسي باعتبارها مشكلة في حد ذاتها تحدث غالبا أثناء سنوات المراهقة الأخيرة وبدايات الرشد ، عندما يكون فرط الدافع الجنسي ثانويا لاضطراب وجداني أو حين يحدث أثناء المراحل المبكرة من الخرف عندئذ يجب أن يشار الي الاضطراب الأساسي .

يتضمن : الغلمة (النسوية) ـ النعاظ (الشبق المفرط عند الرجال).

٧. الأمراض السيكوسوماتية (السيكوفسيولوجية) النفس جسمية

الاضطرابات السيكوسوماتية هي اضطرابات عضوية يلعب فيها العامل الانفعالي دورا هاما وقويا وأساسيا ، وعادة ما يكون ذلك من خلال الجهاز العصبي اللاإرادي وتختلف الأمراض السيكوسوماتية عن الأعراض التحويلية الهستيرية في أن الأخيرة عبارة عن تحول القلق إلى أعراض وعلامات تشمل الجهاز الحركي والحسي الإرادي ولها معناها الرمزي في الحياة اللاشعورية للفرد .

ولذا فالأمراض السيكوسوماتية ما هي إلا التورط الانفعالي في الأعضاء والأحشاء التي بالجهاز العصبي اللاإرادي مثل قرحة الاثنى عشر والربو الشعبي ويعانى المريض عادة من القلق والاكتئاب، بل أحيانا ما يهدد القلق حياته .

أما الأمراض العصابية التحويلية فتشمل الأجهزة الحركية والحسية الإرادية وتهدئ من القلق والاكتئاب بتحويله إلى حلول رمزية للصراع ، وعادة لا تهدد هذه الأعراض حياة الفرد .

ويعتبر المرض السيكوسوماتي مرادفا للذهان من الناحية الخبراتية في المدارس النفسية الإنسانية . إذ إن التعبير العادي بين الأفراد هو

التعبير تخارجي الحركي والحسي أي الأعراض العصابية التحولية الهستيرية ، أما أكثرهم بدائية ونكوصا من الناحية في اللفظية في وسيلة التعبير فهو ظهور الأمراض الجسدية كوسيلة لحل الصراع النفسي الدفين في حياة المريض والتفسير العلمي لكل هذه الأمراض السيكوسوماتية هو عدم القدرة على التعبير عن الانفعال بالكلمة وتسمى الكسيثيميا Alexithymia ومن ثم يظهر الانفعال في هيئة أمراض جسدية . وسنعرض بعض الأمراض السيكوسوماتية الهامة :-

قرحة المعدة والاثنى عشر

يصف البعض هذا المرض بأن المعدة تأكل ذاتها وأن الرغبة في الطعام مرادفة للرغبة في الحب ولبن الأم ويتميز مريض القرحة بأنه جسور . دءوب.يعمل بإتقان وإخلاص .مثابر ولكن يعترف بلهفته للسلبية الاعتمادية مما يسبب له صراعا يوقعه في هذا المرض . وتعترف القلة من الناس بحاجتها إلى الاعتمادية بالرغم من يقيننا من أن الحاجات الاعتمادية والاستقلالية تتساوى من الناحية النفسية . فتجد أن الاعتمادية مرغوبة في المريض . وفى الطالب ، والاعتمادية المتبادلة مطلوبة في الفرق الرياضية. والموسيقية وفى السياسة ، والحرب ، والحب والزواج ، وأفكار الاعتمادية في الرجال عادة ما يصحبها الخوف اللاشعوري من الجنسية المثلية . والخضوع المتصل بها ، اللاإرادية في النساء فيكون جزءا من هذا الدور الأنثوي ولذا نستطيع القول بأن الذكورة المرغوبة في النساء هي إحدى صور مريض القرحة .

كذلك يقال أن مريض القرحة يتميز بالشخصية الفمية . وأنه قد ثبت في نضوجه في المراحل المبكرة مما جعله يعتمد على الغذاء السلبي . ليس فقط من ناحية الطعام . بل الحب . والمدة والرخاء ، والنجاح ويلاحظ أن مريض القرحة يتحسن بالطعام وتسوء حالته عند الجوع .

ولا ننسى هنا الأسباب العضوية للقرحة من الأمراض في الغدد الصماء .إلى عقاقير معينة إلى الخمر ......الخ .

قرحة القولون

يعبر هذا المرض عن عدوان لاشعوري مكبوت . وعادة ما يصاحبه شعور بالذنب واعتمادية طفليه ، وكثير من المرضى نعتبرهم مثبتين في المرحلة الشرجية في نضوجهم الانفعالي . ويبدو ذلك في أنماطه السو

سواسية من ناحية النظافة . النظام . الالتزام . الصدق . الإخلاص وبعض البخل . ولعدم قدرتهم علي التعبير عن شعورهم العدائي والعدواني بطريقة مباشرة فهم لا يبخلون في جعل أقاربهم يعانون من جراء مرضهم .

ويحتاج هؤلاء المرضى أثناء العلاج إلى المساندة الانفعالية القوية ولا داعي للدخول في تحليلات نفسية عميقة تنهار الحيل الدفاعية اللاشعورية وتزداد الحالة سوءا .

الربو الشعبي

يشبه صفير أو أزيز مريض الربو أثناء التنفس صرخة الطفل مناديا أمه والحق أن كثيرا من مرضي الربو يعانون من علاقة سطحية فقيرة مع أمهاتهم . وأن أحد مسببات نوبات الربو هي التهديد بفقدان أو الانفصال عن الإلمام أو ما يقابلها من بديل كزوجة أو صديقة .... الخ ويبدو التناقض الشديد في علاقة المريض بأمه أو من يقوم مقامها في الخوف من الابتعاد أو الانفصال ، وفي نفس الوقت الرغبة في الاستقلال وعدم الاعتمادية مما يؤدي إلى صراع نفسي يجعل المريض عرضة لتقلبات الشعب الهوائية ونوبات ربوية .

ارتفاع ضغط الدم

التحكم الزائد في الانفعالات وكبت الغضب والعدوان وعدم التعبير اللفظي والحركي عن الصراعات الداخلية يؤدي إلى جهد علي الجهاز العصبي مما يؤثر علي إفراز بعض الهرمونات مثل الأدرينالين والرينين والتي تؤدي بدورها إلى ازدياد ضغط الدم وعادة ما يكون مرضى الضغط المرتفع من ذوي الشخصيات الو سواسية الذين يميلون للإتقان والنظام مما يجعل تكيفهم مع المجتمع صعبا ومجهدا .

قصور الشرايين التاجية بالقلب

من العوامل المختلفة التي تلعب دورا هاما في نشأة تصلب الشرايين مع قصور الشرايين التاجية في القلب السمنة ، السجاير ، وزيادة السكر وارتفاع الدهنيات في الدم وعدم الحركة وكلها لها علاقة واضحة بالهيكل الاجتماعي وأسلوب الحياة الغربي . .وأنماط مميزة بالشخصية والتعرض لمواقف خاصة وتلعب العوامل النفسية والاجتماعية دورها

الصداع النصفي

يتميز هؤلاء المرضي بالطموح الزائد ، وعادة ما ينشئون في أسرة محافظة متزمتة تعتني بكمال أطفالهم وبعدهم عن الأخطاء ، مما يؤدي إلى إحساس عدائي نحو الأبوين أو من يقوم مقامهما وكبت هذا الإحساس مع نبذ الدوافع الجنسية بواسطة الأنا الأعلى المهيمن المسيطر والذي يؤدي الي مزيد من الإحباط والذي يسبب الصداع النصفي وعادة ما يكون هؤلاء المرضي من الشخصيات الو سواسية ، ذات الضمير الحي مع الطموح الزائد وذكاء فوق المتوسط .

السمنة

إذا استبعدنا العوامل الغددية نجد أن معظم أسباب السمنة أسباب نفسية واجتماعية ــ وتبدأ بتعويض الأبوين عن فشلهما وخيبة أملهما بالالتصاق والحماية الزائدة لأطفالهم وعادة ما تكون الإلمام هي الشخصية السائدة التي تحمي أولادها بطريقة قهرية . وبالتالي يجد إشباعه في الانغماس في الأفكار الزائد عن الطعام وهو بذلك يعبر عن عدوانه بطريقة رمزية كأنما يعبر له الأفكار علي أنه المحبوب الأوحد.

روماتيزم المفاصل

يبدأ هذا المرض وتزداد شدته مع الجهد الانفعالي الذي يتعرض له الفرد ويحتمل أن يكون هذا الجهد وفاة الزوج أو صديق ، أو الطلاق أو النبذ ، أو الإجهاض أو خيبة الأمل ... الخ

ويوافق البعض علي أن الصفة المشتركة في هؤلاء هي الإحساس بالهجر والنبذ والثورة مع ميول عدوانية مصحوبة بالشعور بالذنب والأقارب والأحباء وقد يرفض بعض المرضي المساعدة النفسية ولكن مع إقامة علاقة وطيدة والألفة مع المعالج تتحسن حالة المريض تحسنا ملوحظا .

الأمراض الجلدية

ينشأ الجلد والجهاز العصبي من الناحية التكوينية من نفس المصدر ولذا نجد الترابط المستمر بين الأمراض الجلدية والنفسية بل إنه عادة ما نعبر عن انفعالاتنا بطريقة جلدية ... احمرار الوجه بسبب الخجل أو الحرج، الشحوب من الخوف ، العرق من الفزع ، وقوف الشعر في حالات

انرعب جلد الإوز عند التعرض لمشاهد مميزة والحالات الجلدية السيكوسوماتية تنقسم الي .

١ ــ عصاب الجلد وهنا يكون المريض هو المسبب في المرض الجلدي مثل طبع نتف أو نتش ونتف الأظافر ، والرهاب الجلدي مثل الخوف من ديدان في الجلد ، الخوف من سرطان الجلد ، الخوف من الأمراض التناسلية والجلدية المعدية . وعادة ما تأخذ هذه الأمراض الطبع الوسواسي القهري وكذلك التهاب الجلد الصنعي . (حب الشباب)

٢ ــ استجابات نفسية مع اضطرابات فسيولوجية مثل احمرار الوجه والعرق الغزير في اليدين والرجلين .

٣ ــ أمراض جلدية يلعب فيها العامل النفسي دورا هاما مثل الحكة والثعلبة البقعية والحزاز المبسط

٤ ــ أمراض جلدية يلعب فيها العامل النفسي دورا غير محدد مثل الاكزيما ، البهاق ، الصدفية وأمراض الحساسية المختلفة

٥ ــ أمراض جلدية تصاحب بعض الأمراض الجسدية والتي لها علاقة بالعوامل النفسية مثل الحكة مع مرضى السكر .

٨ . التخلف العقلي

MENTAL RETARDATION OR SUB NORMALITY

يمثل التخلف العقلي مشكلة اجتماعية كبري خاصة في المجتمعات المتحضرة التي تحتاج لذكاء مواطنيها للتوافق الاجتماعي .

ويعرف التخلف العقلي ، بتوقف أو عدم تكامل تطور ونضوج العقل مما يؤدى إلى نقص في الذكاء لا يسمح للفرد بحياة مستقلة أو حماية نفسه ضد المخاطر أو الاستقلال وعندما نتكلم عن العقل لا نعني الذكاء فقط ، بل كل زوايا الفرد من الشخصية والسلوك - ويمر الطفل أثناء نضوجه بمراحل مختلفة ، يستطيع رفع رأسه من الوسادة في سن ٤ شهور ، ويجلس دون مساعدة عندما يبلغ ٦ شهور ثم يزحف في ٨-٩ شهور ، ويقف وعمره عام ، ويسير بمفرده في ١٨ شهرا وهنا يتحكم في عملية التبرز ويبدأ في الكلام ويليها التحكم في التبول عندما يصل لسنتين من العمر ، ويطعم نفسه في سنة الثالثة ، ثم يتمكن من لبس ملابسه في

الخامسة من عمره ، أما في حالات القصور العقلي فتتأخر هذه المراحل، بل وأحيانا لا يكتسبها الطفل إلا بعد فترة طويلة .

ولما كان الذكاء يدخل في تعريف القصور العقلي ، فعلينا التعريف الموجز بماهية الذكاء ،ولم يجمع علماء النفس علي تعريف معين للذكاء ولكن يمكننا تلخيص المصطلحات المختلفة ، بأنه القدرة العقلية الفطرية العامة التي تساعد علي التعلم بسرعة ، واكتساب الخبرة في الأعلام الجديدة ، وتطبيقها فيما يجد من أحداث ، وإدراك العلاقات الهامة بين عناصر المشاكل المستجدة مما يمكن الشخص من مواجهة المواقف الجديدة باستجابات ملائمة .

وينمو الذكاء تدريجيا إلى سن ١٥ ثم يتوقف نموه في سن ١٧ ويكتسب الفرد بعد ذلك خبره ومرونة ، أما ذكاؤه فثابت لا يتغير وإن لاحظنا تغييرا واضحا في الذكاء زيادة عن المعدل المألوف أي حوالي خمس نقاط .

معدل الذكاء ٩٠ ــــ ١١٠ متوسط الذكاء

معدل الذكاء ١١٠ ــــ ١٢٠ فوق المتوسط

معدل الذكاء ٨٠ ــــ ٩٠ أقل من المتوسط (غبي)

معدل الذكاء فوق ١٢٠ ذكي جدا

معدل الذكاء فوق ١٤٠ عبقري

معدل الذكاء أقل من ٨٠ قصور عقلي .

وتصل نسبة العباقرة أي فوق ١٤٠ الي حوالي ١ % أي أنها أكثر شيوعا من اعتقاد العامة

وقد يعتقد البعض في فروق خاصة في الذكاء بين الرجل والمرأة، ولكن الأبحاث الحديثة برهنت علي تساوي الذكاء في الجنسين، ولكن أحيانا تختلف المهارات فتتفوق المرأة علي الرجل في اللغات ، وكذلك الرجل في الأعلام الميكانيكية واليدوية وكذلك لا يوجد جنس أكثر ذكاء من جنس آخر فلا نستطيع القول بأن الفرد الملون أقل ذكاء من الأبيض ، خاصة إذا أتيحت له نفس الفرص الحضارية والتعليمية التي يتمتع بها الرجل الأبيض، ويطبق ذلك أيضا بالنسبة للطفل القروي والذي يبدو أقل من طفل المدينة ولكن إذا أخذنا في الاعتبار أن الطفل القروي ينشأ في بيئة هادئة وأقل تنبها من المدينة وأن مستوي المدرسة والمدرسين في القرية أقل من المدينة ، يزيد علي ذلك أن المدينة تجلب الطموحين والأذكياء ، وتترك

القرية في مستوي ذكائي منخفض . لوجدنا علي تغيير كل هذه الاعتبارات سوف يؤدي إلى تساوي ذكاء طفل القرية والمدينة .

١ ـ التخلف العقلي خفيف الدرجة (المأفون أو الاهوك)

MILD MENTAL RETARDATION MORON

الأفراد ذوو التخلف البسيط يكتسبون اللغة متأخرين بعض الشيء ولكنهم يصبحون قادرين علي استخدام الكلام لمتطلبات الحياة اليومية ، وعلي عقد حوار بسيط وعلي المشاركة في المقابلة السريرية. ويكتسب أغلبهم كذلك استقلالا كاملا في رعاية النفس (تناول الطعام ، الغسيل، ارتداء الملابس ، التحكم في التبرز والتبول) وفي المهارات العملية والمنزلية جدوى إذا كان معدل الارتقاء أبطأ من الطبيعي بكثير. وتظهر الصعوبات الرئيسية عادة في مهام الدراسة الأكاديمية حيث يعاني الكثيرون من مشاكل خاصة في القراءة والكتابة ولكن يمكن مساعدة الأفراد ذوي التخلف البسيط كثيرا بواسطة أساليب في التعلم صممت لتطوير مهاراتهم ولتعويضهم عن عجزهم . ويمتلك أغلب الأفراد في النطاقات العليا من التخلف العقلي البسيط قدرات علي أداء الأعلام التي تستدعي قدرات عملية أكثر منها أكاديمية بما في ذلك العمل اليدوي الماهر أو نصف الماهر . وفي إطار اجتماعي وحضاري يتطلب إنجازا أكاديميا ضئيلا قد لا تمثل درجة من التخلف البسيط أية مشكلة ولكن إذا كان هناك أيضا عدم نضج واضح سواء كان عاطفيا أو اجتماعيا فان تبعات العجز (علي سبيل المثال : عدم القدرة علي التعامل مع متطلبات الزواج أو تربية الأطفال ، أو صعوبة التأقلم مع التقاليد والتوقعات الحضارية) سوف تصبح واضحة . وبشكل عام ، فإن الصعوبات السلوكية والعاطفية والاجتماعية التي تواجه ذوي التخلف العقلي البسيط ، واحتياجات العلاج والمساندة التي تترتب عليها هي أقرب إلى تلك الموجودة بين الأفراد ذوي الذكاء الطبيعي منها إلى المشكلات المعينة التي تواجه ذوي التخلف العقلي المتوسط الشديد .

لذلك استخدمت اختبارات الذكاء المقننة والمناسبة ، فإن النتيجة التي تتراوح بين ٥٠ ــ ٦٩ تشير الي وجود تخلف عقلي بسيط في الراشدين (يتروواح العمر العقلي بين ٩ وأقل من ١٢ سنة) يميل فهم واستخدام اللغة إلى التأخر بدرجات مختلفة ، وقد تستمر مشكلات اللغة الإجرائية في إعاقة نمو الاستقلالية جدوى مراحل الحياة الراشدة . يمكن في قلة فقط من

الأفراد التعرف علي سبب عضوي . كذلك قد توجد بعض حالات مصحوبة بنسب متباينة من الذاتوية واضطرابات الجناح أو إعاقة بدنية لآخر إن وجدت هذه الاضطرابات يجب الرمز لها بشكل مستقل .

٢ ــ التخلف العقلي المتوسط الدرجة (البلاهة)

Moderate mental retardation (imbecile)

الأفراد في هذه الفئة بطيئون في تبلور فهم واستخدام اللغة وإنجازاتهم المستقبلية في هذا المجال محدودة . كذلك قد يتأخر اكتسابهم لرعاية الذات والمهارات الحركية . والبعض يحتاج الي رعاية مدى الحياة أما التقدم في الأعلام المدرسية فهو محدود ولكن نسبة منهم تتعلم المهارات الأولية الضرورية للقراءة والكتابة وقد توفر البرامج التعليمية لهؤلاء الأفراد فرصا لتطوير استعدادهم المحدود ولاكتساب بعض المهارات الأساسية إلا أنها لا تناسب بطيء التعلم ذا الحد الأقصى المنخفض من الإنجاز ويستطيع ذوو التخلف المتوسط أن يؤدوا عملا يدويا بسيطا كراشدين إذا كانت المهام محددة بعناية وتوفرت رقابة ماهرة . ونادرا ما يحقق هؤلاء الأفراد استقلالا كاملا في حياتهم الراشدة . ولكنهم في العادة قادرون علي التحرك بشكل تام منعمين بالنشاط البدني والأغلبية منهم تبدي دلائل علي الارتقاء الاجتماعي من خلال قدراتهم علي التواصل والتفاهم مع الآخرين والاشتراك في أنشطة اجتماعية بسيطة .

وتتراوح نسبة الذكاء عادة بين ٣٥ و٤٩ (في الراشدين يتراوح العمر العقلي بين ٦ وأقل من ٩ سنوات) وتتباين الصور الوصفية لقدرات هذه المجموعة فبعض الأفراد يصلون إلى مستويات أعلي في المهارات البصرية والمكانية عنها في المهام المعتمدة علي اللغة في حين أن البعض الآخر أخرق بشدة ولكنه يتمتع بالتفاعل الاجتماعي والحوار البسيط ويختلف مستوى ارتقاء اللغة : فبعض المصابين يستطيع الاشتراك في حوارات بسيطة في حين أن البعض الآخر يمتلك من اللغة فقط ما يسمح له بتوصيل احتياجاته الأساسية والبعض الآخر قد لا يتعلمون استخدام اللغة أبدا وان كانوا قد يفهمون التعليمات البسيطة بل وقد يستخدمون الإشارات اليدوية لتعويض درجة من عجزهم اللغوي وفي أغلب حالات التخلف العقلي المتوسط الدرجة يمكن التعرف علي سبب عضوي . وقد يعاني أقلية لا بأس بها من ذاتوية الطفولة أو اضطرابات ارتقائية أخرى واسعة

الانتشار (شاملة) مما يؤثر تأثيرا عظيما علي الصورة السريرية ونوع العلاج اللازم . كذلك يشيع الصرع والإعاقة العصبية والبدنية . وان كانت الأغلبية تستطيع السير دون مساعدة وأحيانا يكون من الممكن التعرف علي الحالات النفسية الأخرى ولكن مستوى ارتقاء اللغة المحدود قد يجعل التشخيص صعبا ومعتمدا في الأساس علي معلومات من آخرين علي درجة من الألفة مع الفرد .

٣ ـ التخلف العقلي الشديد في الدرجة

Sever mental retardation

تتشابه هذه الفئة بشكل عام مع فئة التخلف العقلي المتوسط فيما يتعلق بالصورة السريرية ووجود سبب عضوي والحالات المصاحبة له. وكذلك فان مستويات الإنجاز المنخفضة المذكورة مع التخلف المتوسط هي الأكثر شيوعا أيضا في هذه المجموعة . يعاني أغلب الأفراد في هذه الفئة من درجة بالغة من الخلل في الحركة أو أي أنواع نقص مصاحبة أخري مما يشير إلى وجود أذى أو عيب تكويني في الجهاز العصبي المركزي ذي مغزى سريري (إكلينيكي) .

وتتراوح نسبة الذكاء عادة بين ٢٠ و ٣٤ (في الراشدين يتراوح العمر العقلي بين ثلاث سنوات وأقل من ست سنوات)

٤ ـ التخلف العقلي الجسيم (العته)

Profound mental retardation idiot

تقدر نسبة الذكاء بأقل من ٢٠ مما يعني عمليا أن الشخص المصاب غير قادر بالمرة علي فهم أو تنفيذ الطلبات أو التعليمات ، وأغلب الأفراد في هذه الفئة غير قادرين علي التحكم في التبرز والتبول، وقادرون في أحسن الأحوال فقط علي أشكال بدائية جدا من التفاهم غير اللفظي . قدراتهم علي العناية باحتياجاتهم الأساسية قليلة جدا أو منعدمة ويحتاجون إلى مساعدة ومتابعة دائمة .

نسبة الذكاء أقل من ٢٠ (في الراشدين ، العمر العقلي أقل من ثلاث سنوات) الفهم واستخدام اللغة محدود بفهم الأوامر الأساسية ويعبر عن الطلبات البسيطة . وقد يكتسب الفرد مهارات البصر مكانية الأساسية والبسيطة جدا مثل الفرز والمقارنة . وقد يستطيع الشخص المصاب مع

الرعاية والتوجه المناسبين أن يقوم بدور صغير في المهام المنزلية وفي أغلب الحالات يمكن التعرف علي سبب عضوي وتشيع أشكال العجز الشديد، العصبية أو البدنية الأخرى التي تؤثر علي الحركة وكذلك الصرع واضطرابات الأبصار والسمع . ويكثر بشكل خاص اضطرابات الارتقاء الشاملة في أكثر أشكالها شدة. وبالذات الذاتوية غير النموذجية . خاصة بين الأفراد غير القادرين علي الحركة .

التصلب الحدبي

قصور عقلي مع حب الشباب وجمرات علي الوجه علي هيئة فراشة مع نوبات صرعية وقصور عقلي في هيئة بله أو عته .

الدماغ البقرية أو الحادة أو تأنف الرأس

Oxycephaly

تطول الجمجمة وتجحظ العينان ، مع ارتفاع سقف الحلق ، ويكون المريض مأفونا .

المنغولية أو زملة داون

MONGOLISM DOWN, S SYNDROME

وهي من أكثر الأنماط الإكلينيكية شيوعا. وتنتشر المنغولية بنسبة ١ : ٧٠٠ ولادة ، وتكثر بين أطفال الأمهات فوق سن الأربعين، وتتميز بوجود صبغات شاذة زائدة في رقم ٢١ في خلايا الجسم وبذلك تزيد عدد الصبغات الي ٤٧ بدلا من ٤٦ في الخلية الواحدة .

وتكون الرأس صغيرة مع انزلاق العينين بزاوية ناحية جانبي الجبهة مع تغطية الجفن الأعلى للزاوية الأنفية للجفن الأسفل مما يشابه بين هؤلاء المرضي والجنس المنغولي . ومن هنا اشتق الاسم ، ويكون اللسان ضخما بعض الشيء مع تشققات عرضية واحتمال وجود رأرأة في العين أما الكف فهو مربع مع وجود خط عرضي واحد ، وقصر الأصابع ، وكذلك يوجد شق كبير في أسفل القدم بين الإصبع الكبرى وباقي الأصابع ويصاحب ذلك جحوظ للبطن . وتشوهات قلبية وراثية ، وهؤلاء عرضة للعدوى والأمراض المختلفة وعادة ما يتراوح ذكاؤهم بين الأبلة والمعتوه ، وغالبا ما يميلون للمرح والموسيقي .

صغر الدماغ

Microcephaly

وهنا تكون الجمجمة صغيرة بشكل متفاوت مع باقي الجسم ويصاب هؤلاء المرضى بالبله أو العته .

استسقاء الدماغ

Hydrocephalus

يولد الطفل بدماغ كبيرة مملوءة بالسائل الشوكي مع ضمور في أنسجة المخ نظرا لضغط هذا السائل ، وأحيانا ما نلجأ لعملية جراحية لخفض هذا الضغط . ولكن غالبا ما يصاب الطفل بتخلف عقلي شديد .

العته العائلي المظلم

AMAUROTIC FAMILY IDIOCY

ويتميز بالعمى التدريجي والاضمحلال العقلي وضمور العصب البصري مع شلل في كل الجسم ينتهي بالوفاة في سنوات بسيطة .

اضطرابات الآيض

وهى اضطرابات التمثيل الغذائي في الجسم مما يؤدى إلى ظهور أحماض أمينية في البول توجهنا إلى طبيعة المرض ، وأهمية هذه الأمراض أنه إذا اكتشفنا المرض في أول الأمر نستطيع وقاية الطفل من القصور العقلي وبالتالي يمكن أن ينشأ في حالة سوية ، أما إذا ترك دون علاج فإن قدراته العقلية تتدهور وتكون هذه الأمراض القصور العقلي الناتج من حامض الفينيل بيرو فيك Phenylpyruvic Oligophrenia ويمكن اكتشاف هذا الحامض في الأسبوع الثالث بعد الولادة ، ويعتبر الكشف عن هذا الحامض في بعض الدول المتحضرة أمرا روتينيا لكل الأطفال ، كذلك زيادة الجالاكتوز في الدم Galactosaemia ونقص السكر الوراثي في الدم .

أما مرض القطاع أو القماءة Cretinism وهو نقص إفراز الغدة الدرقية ،فتظهر بعد الشهر السادس من الولادة بعد اختفاء الثيروكسين المختزن من الإلحام ، يصاب الطفل بالهبوط الحركي ، وغلظة وجفاف الجلد، وتضخم "اللسان ،تخشن الصوت وجحوظ البطن وسقوط الشعر،مع

تخلف عقلي شديد ، وإن عولج الطفل في السنة الأولى يشفى من كل هذه الأعراض ، وينمو نموا سويا ، أما إذا تخلف العلاج إلى ما بعد هذه الفترة، فان الأعراض الجسمية تتحسن ، ولكن يستمر القصور العقلي .

أما معظم حالات القصور العقلي الأولية ، فليس لها نمط إكلينيكي خاص ولا توجد علامات مميزة في الوجه والجسم ونفرقها عن الشخص السوي وتسمي بالنقص العقلي غير المميز .

التخلف العقلي غير المميز : هو أكثر أمراض القصور العقلي انتشارا وهنا لا نجد أي علامات جسمية مميزة في جسم الطفل ولكنه يعاني من التخلف الذي تتناوب شدته حسب الحالة .

التخلف العقلي الثانوي لأمراض أخرى

١ ـ الأمراض المعدية

أ ـ الحصبة الألماني : إذا أصيبت الأم في الثلاثة شهور الأولى من الحمل بهذا المرض يزيد تعرض الطفل للإصابة بالقصور العقلي، والصمم والبكم وعلامات خلقية أخرى ، ولذا ينصح بالإجهاد في مثل هذه الحالات

ب ـ الزهري : يؤدي الزهري الوراثي من الأب والأم الي علامات مختلفة في الجهاز العصبي وظواهر مميزة في الوجه والأسنان والأنف مع القصور العقلي .

ج ـ أمراض الأطفال المعدية : مثل الحمي الشوكية والحمي المخية . والتهاب السحائي الدرني

٢ ـ نقص الأكسجين في الدم

كما يحدث في الأطفال الذين يولدون قبل النضج الكامل وفي أمراض المشيمة وامتداد ساعات الولادة مما يعرض الطفل للاختناق والزرقة من نقص الأكسجين ويسبب عطبا دائما في المخ .

٣ ـ الأذى الجسمي

كالتعرض لإشعاعات الحمل أو ضربات عنيفة علي الجمجمة أو إصابة الطفل بالسعال الديكي المستمر أو اضطرابات بين دم الطفل والأم .

٤ ــ النقص الغذائي أو الفيتامينات

وخاصة أمراض الغدد الصماء ونقص فيتامين ب المركب .

٥ ــ العزلة الاجتماعية

تنتج هذه العزلة من تلف الحواس الخاصة كالعمي والصمم ، والبكم مما يؤدي الي انعزال الطفل ، وعدم اكتسابه للمعرفة ولعدم قدرته علي التجاوب الحسي مع الناس ومن ثم يصاب بالقصور العقلي الناتج عن هذه العزلة الاجتماعية .

٩.الاضطرابات العقلية العضوية

الصرع

EPILEPSY

هو اضطراب دوري في الإيقاع الأساسي للمخ وتشاهد النوبات الصرعية بكثرة في مجموعة من الأمراض وخاصة في الأطفال والرضع ويمكن تقسيم النوبات الصرعية إلى النوعين الآتيين من حيث أسبابها .

١ ــ الصرع العرضي أي الذي يحدث كأحد أعراض مرض ما يمكن معرفته.

٢ ــ الصرع الأولى أو الذاتي وهو الذي يحدث وحده بدون أي علامات لأي مرض أخر قد يسببه

٣ ــ الصرع الذاتي

تبدأ هذه النوبات في الظهور عادة أثناء الطفولة أو في سن مبكرة ويندر أن يبدأ ظهورها في الكبار ويمكن تقسيمها حسب التغيرات التي تشاهد أثناء النوبة إلى الأقسام الآتية .

أ ــ النوبة الصرعية الكبيرة

GRAND MAL FITS

وتتميز بحدوث صرخة من المريض ثم يقع في حالة تشنج وانقباض عضلي وفقدان الوعي ، ويحتمل أثناء وقوعه أن يصاب إصابة بالغة خاصة إذا وقع علي آلة حادة أو أرضية صلبة ثم يلي هذا التشنج العضلي والتصلب الكامل تشنجات واختلاجات عضلية يهتز أثناءها كل جسمه ، ويحتمل أن يعض لسانه أو يصاب بكسر في عظامه أو يتبول علي نفسه ثم يصاب بزرقة شديدة ويتوقف التنفس ثم يبدأ بعد ذلك في التنفس العميق مع خروج رغاوى من الفم ، ويستمر في الغيبوبة لفترة يفيق بعدها في حالة من الإنهاك الشديد والصداع وفقدان الذاكرة تماما لما حدث ويختلف تردد هذه النوبات حسب الفرد.

ب ــ النوبات الصرعية الخفيفة

PETIT MAL FITS

تتميز هذه النوبات بفقدان الوعي لمدة ثوان بسيطة وكل ما يلاحظ علي المريض بعض الشحوب في اللون مع بعض الحركات في رموشه يعود بعدها لوعيه ولنشاطه السابق .

ج ـ النوبات الصرعية النفسية الحركية

PSYCHOMOTOR EPILEPSY

تتميز بأن يبدو المريض في حلم مستمر مع عدم معرفته بالزمان والمكان وفقدان للذاكرة مع ظهور هلاوس سمعية وبصرية ويصاب أحيانا بحالة من الشرود ، وتنتابه أحيانا نوبات من الصراخ والهياج أو البكاء أو الاكتئاب دون أي سبب مثير .

د ـ الحالة الصرعية

STATUS EPILEPTICS

إذا تعاقبت نوبات الصرع دون أن يستعيد المريض وعيه بين كل نوبة والتي تليها ـ عرفت الحالة بالحالة الصرعية وقد تؤدي إلى الوفاة بسبب هبوط القلب المفاجئ إذا استمرت لمدة طويلة قد تصيب المريض بنقص عقلي يستمر بعد انتهائها .

١٠. اضطرابات الشخصية

اضطرابات الشخصية نوع من الاضطرابات تصبح فيه سمات الشخصية غير مرنة ولا متوافقة وتسبب لصاحبها خللا ملحوظا في أداء وظائفه أو الشعور بالمعاناة وتظهر علي هؤلاء المرضي أنماط متأصلة وثابتة وغير متوافقة في التعامل مع البيئة وإدراكها وفي التعامل مع أنفسهم وفي تصورهم لذواتهم (KAPLAN&SADOK 1994.)

وتنقسم اضطرابات الشخصية إلى ثلاث مجموعات رئيسية :

١ ـ المجموعة القلقة والخائفة

١ ـ الشخصية التجنبية ٢ ـ الشخصية الاعتمادية ٣ ـ الشخصية الوسواسية القهرية ٤ ـ السلبية العدوانية ٥ ـ الهازمة للذات .

٢ ـ المجموعة الغريبة والشاذة

١ ـ الشخصية البارانويدية ٢ ـ الفصامية ٣ ـ شبه الفصامية

٣ ـ المجموعة الدرامية الانفعالية والهوائية

١ ـ الشخصية الهستيرية ٢ ـ الشخصية النرجسية ٣ ـ الشخصية البينية ٤ ـ الشخصية المضادة للمجتمع .

أولا : المجموعة القلقة والخائفة

١ ــ اضطراب الشخصية التجنبية

هو نمط متغلغل من الشعور بعدم الارتياح الاجتماعي والخوف من التقييم السلبي بواسطة الآخرين والخجل الذي يبدأ في مرحلة الرشد المبكرة ويظهر في مواقف متنوعة .

٢ ــ اضطراب الشخصية الاعتمادية

نمط متغلغل من السلوك الاتكالي والخضوع الذي يبدأ في مرحلة الرشد المبكر ويظهر في مواقف متنوعة .

٣ ــ اضطراب الشخصية الو سواسية

نمط متغلغل من المثالية والجمود ويبدأ من مرحلة الرشد المبكرة ويظهر في مواقف مختلفة .

٤- اضطراب الشخصية السلبي العدوان

نمط متغلغل من المقاومة السلبية لما يطلب منه من أداء اجتماعي أو مهني كان . يبدأ في مرحلة الرشد المبكرة ويظهر في مواقف متعددة .

٥- اضطراب الشخصية الهازم للذات

نمط متغلغل من السلوك الهازم للذات ويبدأ في مرحلة الرشد المبكرة ويظهر في مواقف مختلفة ، كثيراً ما يحاول الشخص تجنب أو إفساد الخبرات المتاحة ويسعى لأن يستدرج لمواقف أو علامات تسبب له المعاناة ويمنع الآخرين من مساعدته .

ثانياً : المجموعة الغريبة والشاذة

١- اضطراب الشخصية البارانوية

اتجاه متغلغل في الشخصية وليس له ما يبرره ، يبدأ في مرحلة الرشد المبكرة ويظهر في مواقف متنوعة ، من أهم خصائصه تفسير أفعال الناس على أنها تهدف إلى التحقير من شأنه أو لتهديده .

٢- اضطراب الشخصية فصامية النوع

نمط متغلغل من القصور في الارتباط بالآخرين وشذوذ التفكير المظهر والسلوك وتبدأ في مرحلة الرشد المبكر .

٣- اضطراب الشخصية شبة الفصامية

نمط متغلغل من عدم الاكتراث بالعلاقات اجتماعية والقدرة المحدودة على استشعار الخبرات الانفعالية والتعبير عنها والذي يبدأ من مرحلة الرشد المبكر .

ثالثاً : المجموعة الدرامية الانفعالية الهوائية

١ ـ اضطراب الشخصية الهستيرية

نمط متأصل من الانفعالية الشديدة والرغبة القوية في لفت الانتباه يبدأ في مرحلة الرشد .

٢- اضطراب الشخصية النرجسية

نمط متغلغل من الشعور بالعظمة من الخيال أو يتضح من سلوكه عدم القدرة على الشعور بمشاعر الغير حساسية مفرطة لأراء الآخرين فيه ، نمط يبدأ في مرحلة الرشد المبكرة .

٣- اضطراب الشخصية البينية

نمط متغلغل من عدم الاستقرار الانفعالي وعدم استمرار العلاقات مع الآخرين وعدم ثبات صورته عن نفسه والذي يبدأ في مرحلة الرشد المبكرة .

٤ ـ اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع

نمط من السلوك المضاد للمجتمع والذين يهملون المعايير الاجتماعية ويعانون صراعاً مع المجتمع .ويدينون بالولاء فقط لجماعتهم الصغيرة الخارجة على تقاليد المجتمع و أعرافه .

ملحق ١

قائمة سوندبيرج وتيلور للاختبارات النفسية الشائعة

(Sundberg, N.D. & Tyler, L. E. 1962)

أهم الاختبارات السيكولوجية المستخدمة في علم النفس الإكلينيكي .

أورد سوندبيرج وتيلور (١٩٦٢) قائمة تشتمل على خمسين من أهم الاختبارات في مجال علم النفس الإكلينيكي ، باعتبارها أكثر الاختبارات النفسية قيمة ، والتي ينبغي أن يعرفها المختص النفسي الإكلينيكي . ولما كانت الاختبارات النفسية كثيرة ، فقد وضع سوندبيرج وتيلور محكات موضوعية لاختيار هذه الاختبارات الخمسين ، أساسها شيوع استخدام الاختبار وتكرار ذكر الاختبار لدى خبراء علم النفس الإكلينيكي ، ووجود أكبر عدد من البحوث والدراسات المنشورة عن الاختبار :

والمحكات الموضوعية الثلاثة هي :

١ ــ استخدام الاختبار لدي النصف علي الأقل من ١٨٥ من أكبر المستشفيات والعيادات ومراكز الإرشاد في الولايات المتحدة الأمريكية.

٢ ــ ذكر الاختبار لدي خمسة علي الأقل من عشرة من خبراء علم النفس الإكلينيكي وهم مؤلفو أهم عشرة كتب في علم النفس الإكلينيكي وهم:

1 - Garfield, 1957.

2 – Hadley, 1958.

3 – Loutit, 1957.

4 – Pennington&Berg, 1954.

5 – Rotter, 1954.

6 – Rubinstein & Lorr, 1954.

7 – Thorne, 1955.

8 – Shaffer & Lazarus, 1952.

9 – Wallen, 1954.

10 - Watson, 1951.

٣ ـ ترتيب أعلي ١٠% من عدد البحـوث المنشـورة عـن الاختبـارات والمذكـورة فـي الكتـابين السـنويين الأخـيرين للقيـاس العقلـي (Buros, Mental MeasurementsYear Book:1953,1959.) فـي قسمي الذكاء والشخصية فرديا .

وقد تجمع علي أساس واحد أو أكثر من هذه المحكات ٣٠ اختبـارا وأضاف سوندبرج وتايلور ٢٠ اختبارا آخرين لتكملة وسائل القيـاس مـع تضمنها لأحدث هذه الوسائل .

الذكاء أو القدرة العامة

١ ـ اختبارات أرثور لقياس الأداء (بالنقط)

Arthur Polnt Scale of Performance Tests

مجموعة من اختبارات الأداء تشتمل علي لوحات أشكال ، متاهـات، رسوم مكعبات ، وما إليها ، وكلها مقننه علـي نفـس العينـة ، ويمكـن استخلاص نسب ذكاء للأعمار من ٢ / ٤ سنه وحتى سن الرشد.

٢ ـ اختبار رسم الرجل (جود أنف)

(Draw - A - Man Goodenough)

(أعد في مصر والكويت عدة مرات وأعدت له معايير مختلفة منـها ما قام به د . محمد رأفت نسيم ، ود . مصطفي فهمي .)

إجراء قديم وبسيط للحصول علي تقدير تقريبـي للذكـاء بتصحيـح تفاصيل رسوم الطفل ونسبها للأعمار من ٥ وحتى ١٥٥ سنه .

٣ ـ اختبار المفردات ـ الصور الشاملة

Full - Rage Picture Vocabulary Test

قياس سريع للمفردات الشائعة الاستخدام ، ويطلب من المفحوص أن يشير إلى أي الصور الأربع تصور الكلمة التي ينطبق بها الفاحص. ويفيـد لدي المرضي الذين يفتقدون القدرة علي التعبير . للأعمـار مـن عـامين وحتى الرشد .

٤ ـ مجموعات كنت للمقاييس للطوارئ

Kent Series of Emergency Scale Kent E-G-Y

مجموعات قصيرة من الأسئلة ـ تفيد كوسائل كشف سريعة وتبيـن قياسا تقريبيا للذكاء . صور مختلفة للأعمار من ٥ إلى ١٤ سنه ، ويمكـن استخدامها مع الراشدين ممن يشك في ضعفهم العقلي .

٥ ــ اختبار متاهات بورتيوس

Porteus Maze Test

(أعده بالعربية في الكويت د . عطية محمود هنا)

مجموعة من المتاهات المطبوعة وعلي المفحوص أن يرسم طريقة من نقطة البداية وحتى الخروج ويصف الاختبار بأنه يقيس الاستبصار والتخطيط . وقد أتضح أنه أداة مفيدة إكلينيكيا لكشف حالات تدهور المخ والجناح . للأعمار من ثلاث سنوات وحتى الراشد (من ٣ ــ ١٨).

٦ ــ المصفوفات المتتابعة (رافن)

Progressive Matrices Raven

مجموعة من الرسوم بكل منها جزء ناقص . وعلي المفحوص أن يختاره من بين بدائل متعددة . وتعليمات الاختبار شفوية وبسيطة جدا ، ويمكن استخدامه كاختبار جمعي . وهو شائع الاستخدام في بريطانيا حيث صمم وطور هناك ، والمعايير من ٨ إلى ٦٥ سنه .

٧ ــ مقياس ستانفورد بينيه للذكاء

Stanfod - Binet Intelligence Scale

(أستخدم في مصر عدة مرات وأعدت له معايير مختلفة منها ما قام به د. أحمد زكي صالح ، د . عطية محمود هنا .)

هو أقدم الاختبارات المستخدمة لدي النفسيين ، وهو مرتب علي مستويات العمر العقلي ، وحاليا يبين نسب الذكاء بدرجات معيارية ، للأعمار من سنتين وحتى الرشد . وغير مقنن علي الراشدين الأكبر سنا.

٨ ــ مقياس وكسلر لذكاء الراشدين (وايز)

Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS)

أعده بالعربية د. محمد عبد السلام أحمد و د . لويس كامل مليكه. وقد سبقهما الأستاذ إسماعيل القباني ومساعدوه .

الاختبار عبارة عن ستة اختبارات فرعية لفظية (المعلومات ــ الفهم ــ الحساب ــ المتشابهات ــ تذكر الأرقام ــ المفردات) وخمسة اختبارات فرعية عملية (رموز الأرقام ، رسوم المكعبات ، تكميل الصور، ترتيب الصور ، تجميع الأشياء) ويبين نسبه ذكاء لفظي ، ونسبه ذكاء عملي . ونسبة ذكاء كلي ، للأعمار من ١٦ وما بعدها ، والمعايير حتى سن الستين وما بعدها .

٩ ـ مقياس وكسلر بلفيو للذكاء

Wechsler - Bellevue Intelligence Scale

(أعده بالعربية د . لويس كامل ملكية و د . محمد عماد الدين إسماعيل .)

الاختبار عبارة عن صورة مبكرة من (وايز) للأعمار من ١٠ وحتى ٧٠ عاما .

١٠ ـ مقياس وكسلر لذكاء الأطفال (ويسك)

Wechsler Intelligence Scale For Children (WISC)

(أعده بالعربية د . لويس كامل مليكه و د . محمد عماد الدين إسماعيل)

وهو صورة للأطفال من مقياس وكسلر ، والمعايير للأعمار من ٥ إلى ١٥ عاما .

النقص العقلي واضطرابات التفكير

١١ ـ اختبار تكوين المفهوم الكلي (اختبار فيجوتسكي أو هنفمان وكازانين)

Concept Formation Test (Vigotski or Hanfmann – Kasanin Test)

(أعده بالعربية د . محمد سامي هنا .)

ويتطلب الأجراء أن يقرر المفحوص مكعبات مختلفة الأشكال والألوان، وليس الاختبار ملائما لاختبار مفحوصين ذوي قدرة عقلية مرتفعة، ومازال الاختبار يعتمد علي الخبرة إلى حد كبير ، لكنه يستخدم المعني الإكلينيكي لدراسة اضطرابات التفكير في حالات الفصام وتدمير المخ.

١٢ ـ اختبارات جولدشتين ـ شيرير للتفكير التجريدي والمحسوس

Goldstein - Scheerer Tests of Abstract and Concrete Thinking

(أعده بالعربية د . محمد سامي هنا .)

وهي مجموعة من الأساليب الإكلينيكية لاختيار قدرة المريض علي تكوين المفهوم الكلي ، ومنها فرز الأشياء . ونسخ الرسوم . وأحيانا يستخدم اختبار ويجل Weigl لفرز اللون ـ الشكل بمفردة لبيان الأداء البسيط لتكوين المفهوم الكلي . وليست للاختبارات معايير دقيقة لكنها تتيح إمكانيات طيبة للملاحظة الإكلينيكية .

١٣ ـ مقياس شبلي لتقدير التلف العقلي

Shipley Institute Of Living Scale For Measuring Intellectual Impairment

وهو اختبار ورقة وقلم ويمكن تطبيقه جميعا كوسيلة سريعة للكشف عن التلف العقلي أو العجز في الأداء العقلي ويبين الاختبار درجات منفصلة لأجزاء المفردات والتجريدات وتعتمد النسبة المفهوميه Conceptual Quotient علي فرضية أن درجة التجريد المنخفضة انخفاضا غير عادي بمقارنتها بالمفردات تدل علي نقص عقلي يرجع إلى تدمير المخ أو بعض الاضطرابات الوظيفية الأخرى.

١٤ ـ مقياس وكسلر للذاكرة

Wechsler Memory Scale

وسيلة سريعة وعملية لفحص ذاكرة المريض علي أسس مقننه. وبنود الاختبار بسيطة لمعرفة معلومات المريض ، والتوجه الزماني والمكاني ، والاستدعاء المباشر والتذكر . والمعايير محددة للراشدين .

١٥ ـ اختبار الصيغة البصرية ـ الحركية (بندر جشطالت)

Visual - Motor Gestalt Test (Bender - Gestalt)

مهمة المفحوص علي هذا الاختبار بسيطة ، وهي أن ينسخ تسعة رسوم تقدم له واحدا بعد الآخر . ويستخدم الاختبار ليكشف عن الانحرافات أو التشوهات الادراكيه لدي المصابين بتدمير المخ والتخلف في النمو العقلي وخصائص الشخصية . والاختبار شائع الاستخدام للتشخيص الفارق للإصابة العضوية بالمخ، وتصحيحه مقنن، وقد أكدت بعض الرسوم صدق الكشف عن الإصابة العضوية بالمخ .

القدرات الخاصة والاستعداد والتحصيل

١٦ ـ اختبار الفهم الميكانيكي (بنت)

Teat of Mechanical Comprehension (Bennett)

مجموعة أسئلة عن الصور تمثل المبادئ الميكانيكية ، وهو شائع الاستخدام . يمكن تطبيقه علي الجماعات ، والاختبار صادق في التنبؤ

بالنجاح ففي المهن الميكانيكية والهندسية والتدريب السريع يطبق من تسع سنوات دراسية وما بعدها .

١٧ ـ تحليل دريل لصعوبة القراءة

Durrel Analysis of Reading Difficulty

أجراء مقنن لتشخيص صعوبات القراءة لدي الأطفال يتضمن السرعة والفهم في القراءة الجهرية والصامتة ، والفهم بالإنصات ، والتعرف علي الكلمات، وتحليل الكلمات . والقائمة ذات قيمة للكشف عن أخطاء القراءة كما تعطي معلومات إكلينيكية هامة (للسنوات الدراسية الست الأولى) .

١٨ ـ بطارية اختبارات الاستعدادات العامة (جاتب)

General Aptitude Test Battery (GATB)

(أعده بالعربية عدة مرات (د .أحمد زكي صالح ود . عطية هنا) (وأستخدم في بحوث متعددة) .

صممت للاستخدام في استشارات التوظف . تتضمن البطارية ١٢ اختبارا، وتستخدم أما أجهزة بسيطة أو ورقا وقلما . والدرجات لتسعة عوامل (الذكاء ـ الاستعداد اللفظي ـ الاستعداد العددي ـ الاستعداد المكاني ـ إدراك الشكل ـ الاستعداد الكتابي ـ التآزر الحركي ـ مهارة الأصابع ـ مهارة الأيدي) وقد أظهرت نماذج لقدرة المهنية درجات فاصلة لكثير من المهن) .

١٩ ـ اختبار مينسوتا الكتابي

Minnesota Clerical test

يقيس الاختبار سرعة المفحوص ودقته في مقارنه أزواج الأسماء وأزواج الأعداد ، ويمكن تطبيقه علي الجماعات ، وأظهرت الدراسات صدقا معقولا اعتمادا علي تقديرات المشرفين المكتبيين ومدرسي المواد التجارية وكذلك الأداء الوظيفي (للسنوات الدراسية من الثامنة حتى الثانية عشرة وللراشدين) .

٢٠ ـ اختبارات متتابعة للتقدم الدراسي (ستب)

Sequential Test of Educational Progress (STEP)

اختبارات جمعية لتحصيل القراءة والكتابة والرياضيات ، والعلوم والدراسات الاجتماعية ، والإنصات ، وجزء خاص بكتابة المقال . وتتعلق بنود الاختبارات بكثير من المهارات العقلية الموجودة في التقسيم الدراسي

الموضوعي وهو مناسب للسنوات الدراسية من ٤ ـ ٦، ومن ٧ ـ ٩ ومن ١٠ ـ ١٢ ، ومن ١٣ ـ ١٤ .

الميول والقيم والاتجاهات

٢١ ـ اختبار كودر للتفضيل المهني

Kuder Perference Record - Vocational

(أعده بالعربية د . أحمد زكي صالح)

شائع الاستخدام في البحوث والتطبيق العملي . وهو أسلوب يعتمد علي الفحص الحاسم ، ويبين درجات علي الميول في أنواع النشاط التالية : الميكانيكية، الحسابية ، العملية ، إقناع الغير ، الفنية ، الأدبية ، الموسيقية ، الخدمة الاجتماعية ، الكتابية ، النشاط الخلوي . وهو اختبار جمعي ويناسب السنوات الدراسية من ٩ ـ ١٦ وللراشدين .

٢٢ ـ اختبار سترونج للميول المهنية للرجال

Strong Vocational Interest Blank For Men

(أعده بالعربية د . عطية محمود هنا)

اختبار شائع الاستخدام يقارن استجابات المفحوصين باستجابات الناجحين في عدد كبير من المهن . ويمكن استخدامه مع الجماعات . للأعمار من ١٧ سنه وما بعدها .

٢٣ ـ دراسة القيم (ألبورت ـ فرنون ـ ليندزي)

Study Of Values (Allport – Vernon – Lindzey)

(أعده بالعربية د . عطية محمود هنا ، للبيئة المصرية وأعدته السيدة صبريه عبد الرحيم تحت أشرافه للبيئة الكويتية . واستخدم في بحثها للماجستير عن القيم عند طلبه جامعة الكويت)

وهو اختبار يتطلب من المفحوص أن يفاضل بين أنشطة متعددة تمثل قيما مختلفة . والقيم هي : النظرية ، والاقتصادية ، والجمالية ، والجماعية، والسياسية والدينية ، ويمكن تطبيقه جمعيا . ويناسب السنة الدراسية ١٣ وما بعدها .

اختبارات الشخصية

٢٤ ـ اختبار بل للتوافق

Adjustment Inventory (Bell)

(أعده بالعربية د . محمد عثمان نجاتي)

استخدم الاختبار في عدد كبير من البحوث المنشورة منذ عام ١٩٣٠ وصمم الاختبار بوسائل التناسق الداخلي ليكشف عن التوافق في مجالات أربعة : التوافق الصحي ، والتوافق الاجتماعي ، والتوافق الانفعالي . ويمكن استخدامه جميعا . وهو يناسب السنوات الدراسية من ٩ـ ١٦ وللراشدين .

٢٥ ــ اختبار كاليفورنيا النفسي (اختبار الشخصية السوية)

California Psychological Inventory

(أعده بالعربية د . عطية محمود هنا . ود. محمد سامي هنا)

صمم الاختبار لقياس سمات الشخصية السوية ، ويتضمن ١٨ مقياسا مقسمة إلى أربعة أقسام : القسم الأول ويتضمن مقاييس السيطرة، والقدرة علي بلوغ المكانة الاجتماعية ، الميل الاجتماعي ، تقبل الذات ، الشعور بالرضي النفسي والسعادة . والقسم الثاني يتضمن مقاييس المسئولية، المجاراة والنضج الاجتماعي . ضبط الذات، التسامح، إظهار الذات في صورة مقبولة اجتماعيا ، مجاراة النمط الاجتماعي الشائع (التشيع) والقسم الثالث يتضمن مقاييس إجادة الإنجاز ، الاستقلال في الإنجاز الكفاية العقلية . والقسم الرابع يتضمن مقاييس العقلية السيكولوجية، المرونة ، الأنوثة . ومجموع عبارات الاختبار ٤٨٠ عبارة وتحدد الاستجابات في فئتي الموافقة وعدم الموافقة، وللاختبار معاملات صدق لكل مقياس علي أساس محكات خارجية متعددة كما أن له معاملات ثبات مرتفعة بإعادة التطبيق . ويطبق الاختبار جميعا أو فرديا ، ويناسب الأعمار من سن ١٣ سنه وما بعدها .

٢٦ ــ اختبار كاليفورنيا للشخصية (اختبار الشخصية للأطفال)

California Test of Personality

(أعده بالعربية د . عطية محمود هنا)

منذ نشر الاختبار عام ١٩٣٩ وهو يستخدم في عدد كبير جدا من البحوث وقد جرت عليه بعض تعديلات عام ١٩٥٣ ، وهو أحد الاختبارات القليلة العدد للشخصية الملائمة للسنوات الدراسية الأولى ويتضمن الاختبار ١٢ مقياسا هي : اعتماد الطفل علي نفسه . إحساس الطفل بقيمته ، شعور الطفل بحرية ، شعور الطفل بالانتماء التحرر من الميل للانفراد . الخلو من الأعراض العصابية . المستويات الأخلاقية الاجتماعية ، المهارات الاجتماعية ، التحرر من الميول المضادة للمجتمع ، العلاقات في الأسرة ،

العلاقات في المدرسة أو المهنة ، العلاقات في البيئة المحلية . والاختبار جمعي ، ويطبق ابتداء من أطفال الرياض ، وله معايير صدق (محكات خارجية) وثبات مرتفعة .

٢٧ ـ اختبار كورنل

Cornell Index

تعديل مدني لاستفتاء عسكري للكشف السريع ، ويتطلب من المفحوص أن يضع علامة " هل لدية أعراض نفسية مرضية متعددة ؟ " ويتضمن درجة واحدة فقط . ويمكن استخدامه للكشف العام في بدء المقابلة (وفي مجال الإرشاد النفسي يشبه قائمة موني للمشكلات) للراشدين والجماعات .

٢٨ ـ قائمة ادواردز للتفضيل الشخصي

Edwards Personal Preference Schedule (EPPS)

(أعده بالعربية د . جابر عبد الحميد جابر)

القائمة مصممة علي أساس الفحص الحسم لقياس ما يرغبه الفرد من التقدير الاجتماعي له . ويعطي الاختبار ١٥ درجة لما يقرره المفحوص عن حاجاته مثل التحصيل ، تأمل الذات ، السيطرة ، لوم الذات، العدوان ، ويمكن تطبيق القائمة جميعا ، وتناسب القائمة طلاب الجامعات والراشدين .

٢٩ ـ اختبار مينسوتا للشخصية (اختبار الشخصية المتعدد الأوجه)

Minnesota Multiphase Personality Inventory

(أعده بالعربية د . لويس كامل مليكه ، وقام بطبعة وتحديثه عدة مرات)

وهو أكثر الاختبارات انتشارا واستخداما في البحوث والتطبيقات العملية في مجال الشخصية . وهو في الأصل يتضمن درجات لأربعة مقاييس للصدق (الاتجاه نحو تطبيق الاختبار) وتسعة مقاييس إكلينيكية مثل الاكتئاب ، والهستيريا ، والفصام ، ويتضمن الاختبار الآن مقاييس أخري متعددة مستمدة من بنوده الأصلية ، ويطبق الاختبار جمعيا وفرديا ، للأعمار من ١٥ سنه وما بعدها.

٣٠ ـ اختبار الشخصية (برنرويتر)

Personality Inventory (Bernreuter)

(أعده بالعربية د . محمد عثمان نجاتي)

وهو اختبار قديم مثل اختبار بل للتوافق وما زال يستخدم في الكثير من الدراسات المنشورة . ويتضمن ست درجات : الميل العصابي ، والاكتفاء الذاتي ، والانطواء ـ والانبساط ، والسيطرة ـ الخنوع ، والثقة بالنفس ، والمشاركة الاجتماعية . ويمكن استخدامه كاختبار جمعي ، ويناسب السنوات الدراسية من ٩ ـ ١٦ وللراشدين.

٣١ ـ استفتاء العوامل الستة عشر للشخصية (١٦ ع ش كاتل)

Sixteen Personality Factor Questionnaire (16,PF, Cattel)

يعتمد علي التحليل العاملي الشامل ، ويتضمن درجات عن الذكاء و ١٥ عاملا للشخصية مثل السيطرة .الثبات النفسي ، المحافظة (الراديكالية) ويطبق جمعيا أيضا ، للأعمار من ١٦ وما بعدها .

الأساليب الاسقاطيه للشخصية .

٣٢ ـ الصورة المسودة

The Blacky Pictures

مجموعة من ١٢ من رسوم الورق المقوي صممت لتكشف الخبرة المتعلقة بالنمو النفسي الجنسي علي أسس نظرية التحليل النفسي. ويمكن أن تطبق باستخدام أسئلة محددة أو بطريقة رواية قصة تلقائيا . للأعمار من الخامسة وما بعدها .

٣٣ ـ اختبار تفهم الموضوع للأطفال (كات)

Children's Apperception Test (CAT)

مجموعة من ١٠ رسوم عن الحيوان ، وعلي المفحوص أن يقص عنها قصة للأعمار من ٢ إلى ١٠ سنوات .

٣٤ ـ اختبار رسم ـ شخص (ماكوفر)

(Machover)Drew – A – Person Test

أسلوب عام بسيط يتطلب من المفحوص أن يرسم شخصا . ثم يرسم شخصا أخر من جنس مخالف للأول . وبعد اختبار جود انف لرسم الرجل صورة متقدمة له . وما زال صدق تفسيراته عن الشخصية محل نظر . لكن الاختبار شائع الاستخدام لأنه لا يستغرق وقتا وجاذب للاهتمام . ويطبق علي الأطفال والراشدين.

٣٥ ـ الأسلوب الاسقاطي للمنزل ـ الشجرة ـ الشخص

House – Tree – Person Projective Technique (H.T.P.)

(أعده بالعربية د . لويس كامل مليكه)

ويطلب من المفحوص رسم منزل ثم شجرة ثـم شـخص ، ويسـأل مجموعة من الأسئلة الإرشادية . وتتضمن كراسة التعليمات تصميما كميا . للأعمار من الخامسة وما بعدها .

٣٦ ـ عمل قصة صورة (مابس)

(Macke A Picture Story MAPS)

مجموعة من ٢٢ صورة يوضع أمامها العديد من الأشكال مصنوعـة من ورق مقوي وعلي المفحوص أن يقص عن كل منها قصة للأعمار مـن السادسة وما بعدها .

٣٧ ـ اختبار الرورشاخ

Rorschach Test

(أعد بالعربية عدة مرات منها ما قام به د . سعد جلال ، ود . سـيد محمد غنيم و د . هدي برادة وغيرهم .)

ويعتبر أكثر الاختبارات الإكلينيكية انتشارا واستخداما فـي البحـوث والتطبيق العملي علي المفحوص أن يعبر عما يراه في عشر بقـع الحـبر خلال فترة تداع حر، ثم يسأل الفاحص عن موضع ما أدركـه المفحـوص وخصائص المدرك (اللون ـ الشكل ـ الخ) ما يوحي به المدرك . وبعـد بروتوكول تصحيح وتفسير كلوبفر هو الأكثر استخداما ثم برتوكول بيك وقد أجريت علي الرورشاخ تعديلات وابتكارات متعددة أكثرها تحديـدا وضبـط كميا هو ما أجراه هولتزمان وزملاءه ويطبق الرورشـاخ علـي الصغـار والراشدين.

٣٨ ـ دراسة روزنبيرج للإحباط بالصور

Rosenzweig Picture – Frustration

مجموعة من الصور (ورق مقوي) تمثـل مواقـف إحبـاط بيـن شخصين ويستجيب لها المفحوص بأن يكتب ماذا يسعي أن يقول الشـخص المحبط ويعتمد الاختبار علي نظرية روزنبيرج ويصحح علي أساس اتجـاه العدوان ونوع رد الفعل وللاختبار كميـة كبـيرة مـن البحـوث. ويمكـن استخدامه كاختبار جمعي . وتوجد صور للأطفال وأخري لراشدين .

٣٩ ـ اختبارات تكملة الجمل

Sentence Completion Test

وهذه مجموعة من الاختبارات وليست واحدا . ولها صور متعددة بعضها كثير الاستخدام وعلي المفحوص أن يكمل جملة والتفسير انطباعي إلى حد كبير ويمكن تطبيقها جمعيا للكبار والأطفال والراشدين.

٤٠ ـ اختبار زوندي

Szondi Test

يتكون من ست مجموعات لكل منها عدة صور ، وعلي المفحوص أن يختار أحب صورتين من كل مجموعة لدية . اكثر صورتين كرها لدية ويوصي بتكرار تطبيق الاختبار ست مرات . وتمثل الصور مرضي نفسيين والأساس في نظرية زوندي هو أن اختيارات المفحوص تعكس ردود أفعاله للسمات التكوينية لصورة المريض . والاختبار قليل الصدق ، لكن استخدام الاختبارات وتسجيل النتائج في بر وفيلات وتكرار إجراء الاختبار كلها ابتكارات في الاختبارات الاسقاطية ، ويتناسب الاختبار للأعمار من الرابعة وما بعدها .

٤١ ـ اختبار تفهم الموضوع (تات)

Thematic Apperception Test (TAT)

مجموعة من عشرين صورة (عادة يستخدم عدد أقل في العمل الإكلينيكي) وعلي المفحوص أن يحكي قصة لكل منها . وللاختبار نظم تصحيح منها ما أعتمد علي نظرية موراي : كالحاجة ـ الضغط، والتفسيرات انطباعية عادة . وقد نشرت بحوث متعددة للاختبار وأجريت دراسات متعددة منها دراسة هنري وفارلي Henry & Farely 1959 وقد كان هذا الاختبار مصدرا لكثير من الاختبارات الأخرى منها " الصورة المسودة " و " كات " واختبار جمعي موضوعي هو " اختبار ترتيب الصور " ويطبق اختبار تفهم الموضوع علي الصغار والراشدين .

٤٢ ـ اختبار تداعي الكلمات

Word Association Test

هذه الاختبارات أسلوب عام مثل اختبارات تكملة الجمل وفي وسع يتحقق الإكلينيكي أن يضع مجموعة خاصة من الكلمات بنفسه ولأجراء بسيط للغاية وهو يتطلب من المفحوص أن يذكر أول كلمة تأتي إلى ذهنه عندما ينطق الفاحص الكلمة المثيرة ويسجل الفاحص انفعالات المفحوص فضلا عن استجابته اللفظية وأكثر قوائم الكلمات شيوعا هي قائمة كنت ـ

روز نوف فقد كانت لها معايير منذ عام ١٩١٠ وروجعت عام ١٩٥٢ ويطبق الاختبار علي الأطفال والراشدين .

اختبارات متنوعة وأساليب بحوث

٤٣ ــ قائمة صفات

Adjective Checklist

هذا أسلوب بسيط يتكون من قائمة من الصفات وعلي المفحوص أن يضع علامة عليها كوصف لذاته ، أو كحكم يصف الآخرين . والنتائج ذات قيمة في أغراض التدريب وإجراء البحوث . ويمكن تحليل النتائج بأساليب متعددة كما يذكر جاف (Gough,1960.)

٤٤ ــ جداول جيزل للنمو

Gesell Developmental Schedules

مجموعة من إجراءات الملاحظة تستخدم لتقويم نمو الصغار في مجالات أربعة : حركي ، تكيفي ، لغوي ، سلوك شخصي ــ اجتماعي. وليست الجداول مقننه ، وتطبق الجداول علي الصغار من عمر ٤ أسابيع وحتى ست سنوات بعد مقياس كاتل لذكاء الأطفال الصغار أكثر دقة .

٤٥ ــ مقياس التوافق بالمستشفي

Hospital Adjustment Scale (HAS)

مجموعة عبارات (٩٠ عبارة) تصف سلوك المرضى النفسيين بالمستشفي ، والمقياس مصمم للإجابة عنه بمساعدة طبيبة نفسية ، مثلا ممرضة أو أي شخص أخر يعرف تفاصيل النشاط اليومي للمريض . وتدل الدرجات علي التوافق في العلاقات الاجتماعية للشخص وأساليب الاتصال التي يستخدمها،والمسئولية الشخصية والاجتماعية والعمل والترفيه .. كما تصحح سمات الشخصية الشاملة والمتعارضة .

٤٦ ــ اختبار الفرز (كيو)

Q Sort

يفرز المفحوص مجموعة كبيرة من العبارات (كلا منها علي بطاقة) في أكوام مرتبا إياها من أقل الخصائص إلى أكثر الخصائص انطباقا عليه . ففي أغلب الأحيان أكوام البطاقات لها عدد محدود ، ويقترب التوزيع من منحني التوزيع الاعتدالي . وهو يستخدم أساسا لأغراض البحوث كوسيلة مقننه من وسائل وصف الشخصية .

٤٧ ــ اختبار سجل التكوين (كيلي)

Test (Kelly)Role Construct Repertory

بعد أن يتذكر المفحوص أشخاصا ذوي أهمية في حياته يبين المفحوص المتشابهات والمختلفات فيما بينهم بالمقارنة . ويوضح تحليل النتائج التكوينات الشخصية للمفحوص أو طرق تفكيره عن الآخرين وللاختبار صور فردية وجمعية.

٤٨ ـ تمييز معاني الكلمات (التمييز السيمانتي)

Semantic Differential

صمم هذا الأسلوب وطوره أوزجود وزملاءه Osgood,et.Al. للبحث في علم نفس مضامين المعاني . ويتطلب من المفحوص أن يرتب شيئا أو مفهوما مثل " أم " أو " جنس " علي مقاييس ترتيب متعددة . ويمكن مقارنه هذه المفاهيم المختلفة علي أساس اقتراب مضمون معناها أو ابتعاده وقد ظهرت ثلاثة عوامل ترتيب أساسية هي: التقويم ، القدرة ، النشاط .

٤٩ ـ قياس العلاقات الاجتماعية

Sociometry

أسلوب عام يعتمد الإجراء فيه علي تحديد علاقات الأفراد في مجموعة علي أساس تفضيلهم لبعضهم .

٥٠ ـ مقياس فينلاند للنضج الاجتماعي

Vineland Social Maturity Scale

يجري المقياس باستخدام تقارير مصدر المعلومات ، ويقابل المختص الإكلينيكي الحالة لدراسة السلوك الملاحظ لدي المريض أو العميل في مجالات : الحركة ، والتواصل اللغوي ، والإدراك الاجتماعي ، والمهن. وتسجل النتائج وتصحح لقياس الكفاءة الاجتماعية علي أساس مستويات الأعمار . ويفيد المقياس بصفة خاصة في تقويم الضعف العقلي ، ويلائم الأعمار من الميلاد حتى الرشد .

ملحق ٢
دليل تشخيص الأمراض النفسية للجمعية الأمريكية للطب النفسي
(DSM-IV)

يعتمد التشخيص في الطب النفسي علي دليلين رئيسيين وهما :

١ ـ دليل التشخيص الإحصائي الرابع

Diagnostic&Statistical Manual Of Mental Disorders

الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي ، وينبغي العلم بأن هناك دليل التشخيص الأول والثاني والثالث ومراجعاتهم ، إلا أن أحدثها هو الدليل الرابع وفي القريب سيصدر الدليل الخامس فهم بصدد إصدارة .

٢ ـ دليل التشخيص الدولي العاشر

International Classification of Disease (ICD-10)

والصادر عن منظمة الصحة العالمي (W.H.O) ونظرا لشيوع استخدام الدليل الإحصائي فلسوف نعرض في هذا الفصل عرضا موجزا للتصنيفات الواردة وفقا لآخر إصدار إلا أنه ينبغي معرفة المحاور التشخيصيه الأساسية التي يأخذها الطبيب النفسي والأخصائي النفسي في الاعتبار عند قيامة باستخدام دليل التشخيص ، وهي خمسة محاور علي النحو التالي :

١ ـ المحور الأول : الاضطرابات الإكلينيكية
٢ ـ المحور الثاني : اضطرابات الشخصية والتخلف العقلي
٣ ـ المحور الثالث : الحالات الطبية العامة
٤ ـ المحور الرابع : المشكلات النفسية الاجتماعية والوسط المعاش
٥ ـ المحور الخامس : التقييم الشامل للأداء الوظيفي للحالة .

تصنيف الاضطرابات النفسية وفقا لدليل التشخيص الإحصائي الرابع:
DSM-IV

قبل عرض هذه التصنيفات ينبغي معرفة أن لكل اضطراب رقم كودي خاص به ولسوف نعرض الرقم أمام كل تصنيف ، ويفيد هذا الرقم في لغة التخاطب الرسمية بين الأطباء النفسيين ويعتبر كدليل للكشف عن أساس التشخيص ومراجعته مع كتاب الدليل التشخيصي إذا تطلب الأمر ذلك بالإضافة إلى وضع التصنيف كما جاء في مصدره الأصلي باللغة الإنجليزية.

أولا : الاضطرابات التي لها تشخيص سابق في مرحلة الطفولة والصبي أو المراهقة :

التخلف العقلي

.ر ٣١٧ تخلف عقلي خفيف .

.ر ٣١٨ تخلف عقلي متوسط .

١ر ٣١٨ تخلف عقلي شديد .

٢ر ٣١٨ تخلف عقلي جسيم .

.ر ٣١٩ تخلف عقلي لم تتحدد شدته (غير محدد) .

اضطرابات التعلم

.ر ٣١٥ اضطراب القدرة علي القراءة .

١ر ٣١٥ اضطراب القدرة الحسابية .

٢ر ٣١٥ اضطراب القدرة علي التعبير الكتابي .

٩ر ٣١٥ اضطراب تعلم لم يسبق تشخيصها .

اضطراب المهارات الحركية

٤ر ٣١٥ اضطراب التآزر النمائي .

اضطرابات التواصل

٣١ر ٣١٥ اضطراب القدرة علي التعبير اللغوي .

٣١ر ٣١٥ اضطراب القدرة علي التبادل اللغوي أو استقبال الرسالة اللغوية .

٣٩ر ٣١٥ اضطراب القدرة الصوتية .

٠٠ر ٣٠٧ اضطراب الفأفاة أو التأتأة Stuttering .

٩ر ٣٠٧ اضطراب تواصل لم يسبق تشخيصها (NOS)

اضطرابات نمائية

٠ر ٢٩٩ اضطراب الذاتويه (أن يظل الطفل متمحورا علي ذاته) Autistic .

٨ر ٢٩٩ اضطراب ريتس Retts Disorder .

١٠ر ٢٩٩ اضطراب عدم التكامل النمائي في مرحلة الصبا.

٨٠ر ٢٩٩ اضطراب أسبرجر Asperger,s .

٨٠ر ٢٩٩ اضطراب نمائية غير نوعية (Non Specific).

اضطرابات قصور الانتباه والسلوك التخريبي

٠٠ر ٣١٤ اضطراب قصور الانتباه / والنشاط الزائد .
٠١ر النمط المتحد .
٠٠ر النمط المسيطر علي المبادة .
٠١ر نمط السيطرة بالاندفاعية الزائدة .
٩ ر ٣١٤ اضطراب قصور الانتباه والنشاط الزائد غير المعين.
٨ ر ٣١٢ اضطراب صعوبة الانقياد .
النمط المحدد : في الصبي النمط الهجومي أو التهجمي وفي المراهقة النمط التهجمي Onset
٨١ر ٣١٣ اضطراب التحدي والمعارضة أو التطرف .
٩ر ٣١٢ اضطراب السلوك التدميري غير المعين .
اضطرابات التغذية والطعام في المهد أو الطفولة المبكرة .
٥٢ر ٣٠٧ البيكا Pica أكل الأشياء الغريبة مثل الشعر والأوراق والطين .
٥٣ر ٣٠٧ اضطراب اجترار الطعام Rumination .
59ر ٣٠٧ اضطراب التغذية غير المحدد.
اضطراب اللزمات الحركية Tic Disorders أو الحركات العصبية اللاارديه
٢٣ر ٣٠٧ اضطراب توريت Tourett,s Disorder.
٢٢ ر ٣٠٧ اضطراب حركي مزمن .
٢١ ر ٣٠٧ اضطراب حركي لا إرادي عابر يتحدد إذا كان هناك حركة واحدة تعاود الحدوث .
٢٠ر ٣٠٧ اضطراب حركية لا إرادية غير معينه .
اضطرابات الإخراج والتخلص من الزوائد

Elimination Disorders

٠ر ٠٠ التبرز اللاإرادي Encopresis .
٦ ر ٧٨٧ مع التحكم اللااردي والعجز عن التحكم في العضلات القابضة .
٧ر ٣٠٧ بدون التحكم اللااردي والعجز عن التحكم في العضلات القابضة .
٦ ر ٣٠٧ التبول اللااردي Enuresis (الذي لا يعود إلى أسباب طبية) .
اضطرابات أخري في الطفولة والصبا أو المراهقة

٣٠٩ ر٢١	اضطراب قلق الانفصال وخاصة الانفصال المبكر والمعتمد .
٣١٣ر٢٣	الصمت أو الخرس الاختياري (في بعض المواقف مثل المدرسة أو العمل) .
٣١٣ ر٨٩	اضطراب التعلق التفاعلي في الطفولة أو الصبا وخاصة نمط المكفوف وغير المكفوف .
٣٠٧ ر٣	اضطراب المداومة علي الحركة وعدم الاستقرار وخاصة مع سلوك إيذاء النفس .
٣١٣ ر٩	اضطراب طفولة أو صبي أو مراهقة غير معين.

الهذاء والعته وفقدان الذاكرة أو النسيان واضطرابات معرفية أخري

الهذاء Delirium

٠ر ٢٩٣ هذاء ناتج عن ... (أسباب طبية محددة) .

ـ ر ـــ	الهذاء الناتج عن التسمم العقاقيري وفقا لاستخدام أنواع معينه من المواد المخدرة أو الكحول أو غيرها .
ـ ر ـــ	الهذاء كعرض من الأعراض الانسحابيه التي تعود إلى استخدام المخدرات أو المسكرات وما شابهها .
ـ ر ـــ	الهذاء الذي يعود إلى أسباب مرضية متعددة .
٧٨٠ ر٩٠	الهذاء غير المعين .

العته Dementia

٢٩٠ ـر	العته الذي يعود إلى نمط مرض الزهايمر Alzheimer,s Type مع ظهوره المبكر وهو يأخذ الكود الرقمي ٠ ر ٣٣١ في محور التشخيص الثالث.
١٠ر	غير المعقد .
١١ر	المصحوب بالهذاء .
١٢ر	المصحوب بالهواجس والأوهام Delusions.
١٣ ر	المصحوب بالمزاج المكتئب وخاصة مع الاضطرابات السلوكية .
٢٩٠ ر٠٠	العته الزهايمري مع ظهور متأخر ، ويأخذ الرقم
٣٣١ ر٠	مرض الزهايمر في محور التشخيص الثالث .

٠ر	غير المعقد .
٣ر	المصحوب بالهذاء .
٢٠ر	المصحوب بالهواجس .
٢١ ر	المصحـوب بـالمزاج المكتئـب وخاصـة مـع الاضطرابات السلوكية .
٠٠ر ٢٩٠	العته الوعائي (الناتج من إصابة الأوعية الدموية بالمخ) .
٤٠ ر	غير المعقد .
٤١ ر	المصحوب بالهذاء .
٤٢ ر	المصحوب بالهواجس .
٤٣ر	المصحـوب بـالمزاج المكتئـب،مـع الاضطـراب السلوكي.
٩ر ٢٩٤	العته الناتج عن الإصابة بمـرض نقـص المناعـة المتكسب (HIV) ، ويأخذ أيضا الكـود رقـم ١ر ٠٤٣ في إطار آثار عدوي مرض نقـص المناعـة علي الجهاز العصبي في محور التشخيص الثالث.
١ ر ٢٩٤	العته الناتج عن صدمات الرأس ، ويأخذ الكود رقـم ٠٠ ر ٨٥٤ في إطار انجراحات الرأس في محـور التشخيص الثاني .
١ ر ٢٩٤	العته الناتج عن مـرض باركنسـون Parkinson,s Disease ويـأخذ الكـود رقـم ٤ر٣٣٣ مـرض باركنسون في محور التشخيص الثالث أيضا .
١ ر ٢٩٤	العته الناتج عن الإصابة بمرض هنتجتون(الالتهاب السحائي) ويأخذ أيضـا الكـود رقـم ٤ر ٣٣٣ ، مرض هنتجتون Huntington,s Disease .
١٠ر ٢٩٠	العته الناتج عن مرض بك Pick,s ويـأخذ أيضـا الكود رقم١ر ٣٣١ .

مرض بيك في محور التشخيص الثاني

١٠ر٢٩٠	العته الناتج عن الإصابة بمرض ياكوب كرتشـفيلد Creutzfeldt Jakob Disease ، ويأخذ أيضا الكود رقـم ١ر ٠٤٦ في محور التشخيص الثالث.

١ر ٢٩٤	العته الناتج عن حالات طبية لم تذكر فيمـــا ســبق، ولها الرقم الكودي في محور التشخيص الثالث
ـــ ر ـــ	العته المستمر الذي تبرزه العقـــاقير ويعــود إلـــى استخدام المواد المخدرة وبكود خاص .
ـــ ر ـــ	العته الذي يعود إلى أسباب مرضية متعددة .
٨ ر ٢٩٤	العته غير المعين .

اضطرابات التذكر

٠ر ٢٩٤	اضطرابات التذكر التي تعود إلى أسباب طبية عامـــة أما تكون عابرة أو مزمنة .
ـ ر ـــ	اضطرابات التذكر التـــي يبرزهـــا تعـــاطي المـــواد المخدرة بصورة مستمرة .
ـ ر ـــ	اضطرابات تذكر غير معينه .

اضطرابات معرفية أخري

٩ ر ٢٩٤	اضطرابات معرفية غير معينه .

الاضطرابات العقلية الناتجة عن حالات طبية عامة لم تتحدد في مكان

٨٩ ر ٢٩٣	الاضطراب الكتاتوني أو التخشبي الناتج عن حـــالات طبية عامة .
١ ر ٣١٠	تغير الشخصية نتيجة لحالات طبية عامة ، وتتحـــدد بالنمط المتغير غير المستقر Labile النمـــط غـــير المكفوف ، النمط العدواني ، النمط غير المبـــالي أو البارد Apathetic النمط الاضطهادي ، أنماط أخــوي أنماط متحدة ، أنماط غير محددة .
٩ر ٢٩٣	اضطرابات عقلية غير معينه تعود إلى حالات طبيـــة عامة .

الاضطرابات الناتجة عن سوء استعمال المواد المخدرة

(الإدمان أو التعاطي للمخدرات والمسكرات والمواد الأخرى)

الاضطرابات الكحولية

اضطراب تعاطي الكحول

٩٠ ر ٣٠٣	الاعتماد على الكحول .
٠٠ر ٣٠٥	سوء استعمال الكحول .

الاضطرابات الناتجة عن الاستعمال أو الاعتماد الكحولي

ـــ ر ٣٠٣	التسمم الكحولي .
٨ ر ٣٩١	الأعراض الانسحابيه للكحول وبخاصة مع اضطرابات الإدراك .
٠ر ٣٩١	هذاء التسمم الكحولي .
٠ر ٣٩١	هذاء الانسحاب الكحولي (الأعراض الانسحابيه).
٢ ر ٣٩١	العته الناتج عن الاستعمال الكحولي .
١ ر ٣٩١	النسيان الناتج عن الاستعمال الكحولي .
– ر ٣٩١	الذهان الكحولي .
٥ر	المصحوب بالهواجس .
٣ر	المصحوب بالهلاوس .
٨ ر ٣٩١	اضطرابات المزاج الناتجة عن الاستعمال الكحولي .
٨ ر ٢٩١	اضطرابات القلق الكحولية .
٨ ر ٢٩١	اضطرابات الوظيفة الجنسية الكحولي .
٨ ر ٢٩١	اضطرابات النوم الكحولية .
٩ ر ٢٩١	اضطرابات ناتجة عن الكحولية غير معينة .

اضطرابات استخدام المنشطات أو مثيلاتها (الامفيتامينات وما شابهها)

اضطرابات استخدام المنشطات

٤٠ ر ٣٠٤	الاعتماد علي المنشطات .
٧٠ ر ٣٠٥	سوء استعمال المنشطات .

الاضطرابات الناتجة عن استعمال المنشطات

٨٩ ر ٢٩٢	التسمم بالمنشطات وبخاصة مع اضطرابات الإدراك.
٠ ر ٢٩٢	الأعراض الانسحابيه للمنشطات .
٨١ ر ٢٩٢	هذاء التسمم بالمنشطات .
٠٠ ر ٢٩٢	الاضطرابات الذهانية الناتجة عن استعمال الامفيتامين (المنشطات) .
١١ ر	مصحوبة بالهواجس .
١٢ ر	مصحوبة بالهلاوس .
٨٤ ر ٢٩٢	اضطرابات المزاج الناتجة عن استعمال المنشطات .
٨٩ ر ٢٩٢	اضطرابات القلق الناتجة عن استعمال المنشطات.
٨٩ ر ٢٩٢	الاضطرابات الجنسية الناتجة عن استعمال المنشطات .

٨٩ ر ٢٩٢ اضطرابات النوم الناتجة عن استعمال المنشطات.
٩ ر ٢٩٢ اضطرابات ناتجة عن استعمال المنشطات غير معينه .

الاضطرابات المرتبطة باستعمال الكافيين (Caffeine)
الاضطرابات الناتجة عن استعمال الكافيين
٩٠ ر ٣٠٥ التسمم الكفاييني .
٨٩ ر ٢٩٢ القلق الناتج عن تعاطي الكفايين .
٨٩ ر ٢٩٢ اضطرابات النوم الناتجة عن تعاطي الكفايين .
٩ ر ٢٩٢ اضطرابات مرتبطة بتعاطي الكافيين غير معينه.

الاضطرابات المرتبطة بتعاطي الحشيش
اضطرابات استعمال الحشيش
٣٠ ر ٣٠٤ الاعتماد علي الحشيش .
٢٠ ر ٣٠٥ سوء استعمال الحشيش .
الاضطرابات الناتجة عن تعاطي الحشيش
٨٩ ر ٢٩٢ التسمم بالحشيش مصحوب باضطراب الإدراك.
٨١ ر ٢٩٢ الهذاء الناتج عن التسمم بالحشيش .
٠٠ ر ٢٩٢ الاضطرابات الذهانية الناتجة عن الحشيش .
١١ ر مصحوبة بالهواجس .
١٢ ر مصحوبة بالهلاوس .
٨٩ ر ٢٩٢ اضطراب القلق الناتج عن الحشيش .
٩ ر ٢٩٢ اضطراب مرتبط بالحشيش غير معين .

الاضطرابات المرتبطة بالكوكايين Cocaine (عقار منشط)
اضطراب استعمال الكوكايين
٢٠ ر ٣٠٤ الاعتماد علي الكوكايين .
٦٠ ر ٣٠٥ سوء استعمال الكوكايين .
الاضطرابات الناتجة عن استخدام الكوكايين
٨٩ ر ٢٩٢ التسمم بالكوكايين مع اضطراب الإدراك .
٠ ر ٢٩٢ الأعراض الانسحابيه للكوكايين .
٨١ ر ٢٩٢ الهذاء الناتج عن الأعراض الانسحابيه للكوكايين.
٠٠ ر ٢٩٢ الاضطراب الذهاني الناتج عن الكوكايين .
١١ ر مع الهواجس .

١٢ ر مع الهلاوس .
٢٩٢ ر ٨٤ اضطراب المزاج الناتج عن الكوكايين .
٢٩٢ ر ٨٩ اضطراب القلق الناتج عن الكوكايين .
٢٩٢ ر ٨٩ اضطراب الوظائف الجنسية الناتج عن الكوكايين.
٢٩٢ ر ٨٩ اضطراب النوم الناتج عن الكوكايين .
٢٩٢ ر ٩ اضطراب ناتج عن الكوكايين غير معين .

الاضطرابات المرتبطة بتعاطي المهلوسات (Hallucinogen)

اضطرابات استعمال المهلوسات

٣٠٤ ر ٥٠ الاعتماد علي المهلوسات .
٣٠٥ ر ٣٠ سوء استعمال المهلوسات .

الاضطرابات الناتجة عن المهلوسات

٢٩٢ ر ٨٩ التسمم بالمهلوسات .
٢٩٢ ر ٨٩ اختلالات الإدراك المرتبطة بالمهلوسات (الفلاش باك أو الإرجاع الادراكيه) .
٢٩٢ ر ٨١ الهذاء الناتج عن التسمم بالمهلوسات .
٢٩٢ ر ٠٠ الاضطراب الذهاني الناتج عن المهلوسات .
١١ ر مع الهواجس .
١٢ ر مع الهلاوس .
٢٩٢ ر ٨٤ اضطراب المزاج الناتج عن المهلوسات .
٢٩٢ ر ٨٩ اضطرابات القلق الناتج عن المهلوسات .
٢٩٢ ر ٩ اضطراب ناتج عن المهلوسات غير معين .

الاضطرابات المرتبطة باستنشاق المواد الطيارة Inhalant

اضطرابات استعمال المواد الطيارة أو المستنشقات

٣٠٤ ر ٦٠ الاعتماد علي استنشاق المواد الطيارة .
٣٠٥ ر ٩٠ سوء استعمال المواد الطيارة .

الاضطرابات الناتجة عن استنشاق المواد الطيارة (المستنشقات)

٢٩٢ ر ٨٩ التسمم بالمستنشقات .
٢٩٢ ر ٨١ الهذاء الناتج عن التسمم بالمستنشقات .
٢٩٢ ر ٨٢ العته الناتج عن التسمم بالمستنشقات .
٢٩٢ ر ٠٠ الاضطراب الذهاني الناتج عن استعمال المستنشقات

١١ ر مع الهواجس .
١٢ ر مع الهلاوس .
٨٤ ر ٢٩٢ الاضطراب المزاجي الناتج عن المستنشقات .
٨٩ ر ٢٩٢ اضطراب القلق الناتج عن المستنشقات .
٩ ر ٢٩٢ اضطراب ناتج عن المستنشقات غير معين .

الاضطرابات المرتبطة بالنيكوتين

اضطراب استعمال النيكوتين

١٠ ر ٣٠٥ الاعتماد علي النيكوتين .

الاضطرابات الناتجة عن النيكوتين .

٠ ر ٢٩٢ الأعراض الانسحابيه للنيكوتين .
٩ ر ٢٩٢ اضطراب ناتج عن استخدام النيكوتين غير مبين.

الاضطرابات المرتبطة بالافيونات

اضطراب استعمال الافيونات

٠٠ر ٣٠٤ الاعتماد علي الافيونات .
٥٠ ر٣٠٥ سوء استعمال الافيونات .

الاضطرابات الناتجة عن الافيونات

٨٩ ر ٢٩٢ التسمم بالافيونات مع اختلال الإدراك .
٠ ر ٢٩٢ الأعراض الانسحابيه للافيونات .
٨١ ر ٢٩٢ الهذاء الناتج عن التسمم بالافيونات .
٠٠ ر٢٩٢ الذهان الناتج عن استعمال الافيونات .
١١ ر مع الهواجس .
١٢ ر مع الهلاوس .
٨٤ ر ٢٩٢ اضطراب المزاج الناتج عن الافيونات .
٨٩ ر ٢٩٢ اختلال الوظائف الجنسية الناتج عن الافيونات .
٨٩ ر ٢٩٢ اضطراب النوم الناتج عن الافيونات .
٩ ر ٢٩٢ اضطراب ناتج عن الافيونات غير معين .

الاضطرابات المرتبطة باستخدام الفينسيكلودين Phencyclidi أو ما يشبهها

اضطراب استخدام الفينسيكلودين

٩٠ ر ٣٠٤ الاعتماد علي الفينسيكلودين .
٩٠ ر ٣٠٤ سوء استعمال الفينسيكلودين .

الاضطرابات الناتجة عن استخدام الفينسيكلودين

٨٩ ر ٢٩٢ التسمم بالعقار مع اختلال الإدراك .
٨١ ر ٢٩٢ هذاء التسمم بالفينسيكلودين .
٠٠ ر ٢٩٢ الذهان الناتج عن استخدام الفينسيكلودين .
١١ ر مع الهواجس .
١٢ ر مع الهلاوس .
٨٤ ر ٢٩٢ اضطراب المزاج الناتج عن استخدام العقار .
٨٩ ر ٢٩٢ اضطراب القلق الناتج عن استخدام العقار .
٩ ر ٢٩٢ اضطراب ناتج عن استخدام الفنيسيكلودين غير معين .

الاضطرابات المرتبطة بالمسكنات Sedative والمنومات ومهدئات القلق Anxiolygic

اضطرابات استخدام المسكنات والمنومات والمهدئات (الصغرى)
١٠ ر ٣٠٤ الاعتماد علي هذه المواد .
٤٠ ر ٣٠٥ سوء استعمال هذه المواد .

الاضطرابات الناتجة عن استخدام هذه المواد
٨٩ ر ٢٩٢ التسمم .
٠ ر ٢٩٢ الأعراض الانسحابية وبخاصة اختلال الإدراك.
٨١ ر ٢٩٢ الهذاء .
٨٢ ر ٢٩٢ العته .
٨٣ ر ٢٩٢ النسيان .
٠٠ ر ٢٩٢ اضطراب الذهان الناتج عن استخدام هذه المواد أو العقاقير .
١١ ر مع الهواجس .
١٢ ر مع الهلاوس .
٨٤ ر ٢٩٢ اضطراب المزاج .
٨٩ ر ٢٩٢ اضطراب القلق .
٨٩ ر ٢٩٢ اضطراب الوظائف الجنسية .
٨٩ ر ٢٩٢ اضطراب النوم .
٩ ر ٢٩٢ اضطراب ناتج عن استخدام المسكنات والمنومات ومهدئات القلق غير معين .

الاضطراب المرتبط بالمواد المتعددة (الخلطة)

٣٠٤ ر ٨٠ الاعتماد علي الأنواع المتعددة من المخدرات أو المواد .

اضطرابات أخرى مرتبطة باستخدام المواد المتعددة غير معروف

٣٠٤ ر ٩٠ الاعتماد .

٣٠٥ ر ٩٠ سوء الاستعمال .

الاضطرابات المرتبطة بمواد غير معروفة

٢٩٢ ر ٨٩ التسمم وخاصة مع اختلال الإدراك .

٢٩٢ ر ٠ الأعراض الانسحابية وخاصة مع اختلال الإدراك.

٢٩٢ ر ٨١ الهذاء .

٢٩٢ ر ٨٢ العته .

٢٩٢ ر ٩٣ النسيان .

٢٩٢ ر٠٠ الاضطراب الذهاني .

ر ١١ مع الهواجس .

ر ١٢ مع الهلاوس .

٢٩٢ ر ٨٤ اضطراب المزاج .

٢٩٢ ر ٨٩ اضطراب القلق .

٢٩٢ ر ٨٩ اضطراب الوظائف الجنسية .

٢٩٢ ر ٨٩ اضطراب النوم .

٢٩٢ ر ٩ اضطراب مرتبط باستعمال مواد أو عقاقير غير معروفة غير معين .

اضطرابات الفصام والذهانات الأخرى

٢٩٥ ر ٠٠ الفصام .

ر ٣٠ النمط البارانويدي (الاضطهادي) .

ر ١٠ النمط غير المنتظم Disorganized.

ر ٢٠ النمط الكتاتوني (التخشبي) .

ر ٩٠ النمط غير المميز .

ر ٦٠ النمط التخلفي أو المتبقي Residual.

٢٩٥ ر ٤٠ الاضطراب الفصامي وخاصة بدون مآل جيد .

٢٩٥ ر ٧٠ الاضطراب الفصامي الوجداني Schizoaffective وخاصة النمط الثنائي (هوس / اكتئاب) والنمط الاكتئابي .

١ ر ٢٩٧ اضطراب الهذاء .
وخاصة ظهور الهوس العشقي ، نمط العظمة ، نمط الغيرة ، النمط البدني ، والنمط المختلط ، والنمط غير المحدد .
ر ٢٩٨ الاضطراب الذهاني قصير المدى Brief Psychotic وخاصة مع ضغوط نفسية أو اجتماعية دالة ، أو بدون هذه الضغوط أو ما بعد الولادة .
٣ ر ٢٩٨ الاضطراب الذهاني المشارك (بالمشاركة) Shared

٠٠ ر ٣٩٣ اضطراب ذهاني يعود إلى حالات طبية عامة .
٨١ ر مع الهواجس .
٨٢ ر مع الهلاوس .
-- ر -- اضطراب ذهاني ناتج عن استخدام مواد أو عقاقير مخدرة ، وخاصة خلال التسمم أو الأعراض الانسحابية .
٩ ر ٢٩٨ اضطراب ذهاني غير معين .

اضطرابات المزاج

الاضطرابات الاكتئابية

٠٠ر ٢٩٦ الاضطراب الاكتئابي الأعظم .
+٢ ر نوبة فردية شديدة وحادة مع حالات تخشبية أو مظاهر سوداوية أو أنماط غير قياسية أو ما بعد الولادة .
+٣ ر معاود الحدوث مع المظاهر السابقة مضافا إليها الشفاء في وسط الحدوث أو النمط الموسمي .
٤ ر ٣٠٠ اضطراب عسر المزاج Dythymic .

اضطراب اكتئابي غير معين

الاضطرابات ثنائية القطب Bipolar

++ ر ٢٩٦ الاضطراب ثنائي القطب الأول .
+ ٠ ر نوبة هوسيه أحادية شديدة مع مظاهر تخشبية أو بعد الولادة وتكون مختلطة .
٤٠ ر نوبة حديثة من الهوس الخفيف مع شفاء أثناء المرض أو موسمي أو يتغير دوريا بسرعة .

+ ٤ ر	نوبة حديثة من الهوس وخاصة محددة بأنها شديدة مع مظاهر تخشبية أو بعد الولادة مع حدوث شفاء في وسط النوبة أو موسمية أو سريعة التغير الدوري .
+٦ ر	نوبات حديثة مختلطة مع المظاهر في النوبة السابقة .
+٥ ر	نوبات حديثة من الاكتئاب مع المظاهر السابقة في الاكتئاب معاود الحدوث .
٧ ر	نوبات حديثة غير محددة مع الشفاء في وسطها أو تكون موسمية أو متغيرة بصورة دورية .
٨٩ ر ٢٩٦	الاضطراب ثنائي القطب الثاني ، الهوس الخفيف مع الاكتئاب مع المحددات الموجودة في الاضطراب الاكتئابي معاود الحدوث مضافا إليه التغير الدوري السريع .
١٣ ر ٣٠١	الاضطراب الدوري (الجنون الدوري) .
٨٠ ر ٢٩٦	اضطراب ثنائي القطب غير معين .
٨٣ ر ٢٩٣	اضطراب مزاجي نتيجة لحالات طبية عامة . مع حدوث حالات من الاكتئاب ونوبات هوسيه.
-- ر --	اضطراب مزاجي ناتج عن استخدام العقاقير .
٩٠ ر ٢٩٦	اضطراب مزاجي غير معين .

اضطرابات القلق

٠١ ر ٣٠٠	اضطرابات الذعر بدون الخوف من الأماكن المفتوحة أو(الواسعة) Agoraphobia.
21 ر ٣٠٠	اضطراب الذعر مع الخوف من الأماكن الواسعة أو المفتوحة.
٢٢ ر ٣٠٠	الخوف من الأماكن الواسعة مع تاريخ لاضطراب الذعر .
٢٩ر ٣٠٠	الخوف من موضوعات محددة وخاصة ، نمط الخوف من الحيوانات موضوعات بيئية طبيعية، الخوف من الدم ، من الوخز بالإبر أو الجروح؛ والنم الموقفي ، والأنماط الأخرى .

٢٣ ر ٣٠٠	الخوف الاجتماعي العام .
٣ ر ٣٠٠	اضطراب الوسواس القهري المحدد بنقص في الاستبصار .
٨١ ر ٣٠٩	اضطراب ما بعد الصدمات والمحدد بالحدة والازمان.
٣ ر ٣٠٨	اضطراب الكرب الحاد .
٠٢ ر ٣٠٠	اضطراب القلق الهائم أو العام .
٨٩ ر ٢٩٣	اضطراب قلق ناتج عن حالات طبية محددة بقلق هائم ، نوبات زعر مع أعراض وسواس قهري .
-- ر--	اضطراب القلق الناتج عن استعمال المخدرات أو المواد الشبيهة .
٠٠ ر ٣٠٠	اضطراب القلق غير المعين .

الاضطرابات البدنية النفسية Somatoform

81 ر ٣٠٠	اضطراب التبدين أو الجسدنة (تحول العرض من النفس إلى البدن).
٨١ ر ٣٠٠	اضطرابات جسمية غير مميزة .
١١ ر ٣٠٠	اضطرابات التحول بأنماط محددة مع أعراض حركية أو حسية أو نوبه صرعية أو تشنجية ، مع نمط مختلط من كل هذا .
++ ر ٣٠٧	اضطرابات الألم .
٨٠ ر	مصحوبة بعوامل نفسية .
٨٩ ر	مصحوبة بعوامل نفسية وحالة طبية عامة ، محددة بالحدة والازمان .
٧ ر ٣٠٠	توهم المرض ، محدد بنقص في الاستبصار .
٧ ر ٣٠٠	اضطراب الحزن علي البدن Dysmorophic.
81 ر ٣٠٠	اضطرابات بدنية نفسية غير معينه.

اضطرابات تصنع المرض أو التمارض

Factitious Disorders

++ ر ٣٠٠	اضطراب التمارض .
١٦ ر	مع تسيد أو بروز العلامات والأعراض السيكولوجية.

١٩ ر مع تسيد أو بروز العلامات والأعراض البدنية.
١٩ ر مع ظهور الأعراض البدنية والنفسية معا .
١٩ ر ٣٠٠ اضطراب التمارض غير المعين .

الاضطرابات الانشقاقية Dissociative D

١٢ ر ٣٠٠ فقدان الذاكرة الانشقاقي .
١٣ ر ٣٠٠ الشروط أو فقدان الوعي والإتيان بسلوك آخر قد يستمر من ساعات إلى أيام Fugue الانشقاقي .
١٤ ر ٣٠٠ اضطراب الهوية الانشقاقي .
٦ ر ٣٠٠ فقدان الآلية Depersonalization .
١٥ ر ٣٠٠ اضطراب انشقاقي غير معين .

الاضطرابات الجنسية والهوية الجنسية

الاضطرابات الجنسية

اضطرابات الرغبة الجنسية

٧١ ر ٣٠٢ تناقص الرغبة الجنسية .
٧٩ ر ٣٠٢ النفور الجنسي Sexual Aversion .

اضطرابات الإثارة الجنسية

٧٢ ر ٣٠٢ اضطرابات الإثارة الجنسية عند الإناث .
٧٢ ر ٣٠٢ اضطراب الانتصاب لدي الذكور .

اضطرابات الوصول إلى النشوة الجنسية (هزة الجماع الجنسي أو الاورجازم (Orgasm)

73 ر ٣٠٢ اضطراب الاورجازم لدي الإناث.
٧٤ ر ٣٠٢ اضطراب الاورجازم لدي الذكور .
٧٥ ر ٣٠٢ القذف المبكر .

اضطرابات الألم الجنسي

٧٦ ر ٣٠٢ آلام الاتصال الجنسي أو الديسباريونيا Dyspareunia الذي لا يعود إلى حالات طبية .
٥١ ر ٣٠٦ التقلص المهبلي المسبب للآلام Vaginismus (الذي لا يعود لأسباب طبية) .

الاضطراب الجنسي الناتج عن حالات بدنية عامة

٨ ر ٦٢٥ ضعف الرغبة الجنسية عند الإناث نتيجة لحالات طبية عامة .

٦٠٨ ر ٨٩	نقص الرغبة الجنسية عند الذكور نتيجة لحالات طبية عامة .
٦٠٧ ر ٨٤	اضطراب الانتصاب نتيجة حالات طبية .
٦٢٥ ر ٠	ألام الاتصال الجنسي عند المرأة نتيجة حالات طبية عامة .
٦٠٨ ر ٨٩	ألام الاتصال الجنسي عند الذكور نتيجة حالات طبية عامة .
٦٢٥ ر ٨	اضطرابات جنسية أنثوية أخرى نتيجة حالات طبية عامة .
٦٠٨ ر ٨٩	اضطرابات جنسية ذكريه أخري نتيجة حالات طبية عامة .
-- ر --	اضطرابات جنسية نتيجة لاستعمال العقاقير ومحددة بالحرمان من الغربة الجنسية أو الإثارة أو الاورجازم أو ألام جنسية وخاصة خلال مرحلة التسمم بالعقار المستعمل .
٣٠٢ ر ٧٠	اضطرابات جنسية غير معينه .

البار فيليا Paraphilias انحرافات الموضوع الجنسي

٣٠٢ ر ٤	الاستعراضية أو التعري .
٣٠٢ ر ٨١	الفيتشية أو التعلق بآثار أو أدوات موضوع جنسي.
٣٠٢ ر ٨٩	الاحتكاك الجنسي (في الأماكن المزدحمة) Frotteurism
٣٠٢ ر ٢	مجامعة الأطفال (البيدو فيليا Pedophilia) ومحددة الانجذاب الجنسي للذكور أو الإناث أو كليهما. ومحددة أيضا بعلاقة محدودة بالمحارم .
٣٠٢ ر ٨٣	المازوشية أو الاستعذاب الجنسي .
٣٠٢ ر ٨٤	السادية أو التعذيب الجنسي .
٣٠٢ ر ٣	الفيتشية أو الترانسفتيه (ارتداء ملابس الجنس الآخر الداخلية) (مع الابتناس الجنسي) .
٣٠٢ ر ٨٢	النظارية .
٣٠٢ ر ٩	بارا فيليا غير معينه .

اضطرابات الهوية الجنسية

++ ر ٣٠٢ اضطراب الهوية الجنسية .

٦ ر لدي الأطفال .

٨٥ ر في المراهقة أو البلوغ وخاصة بالانجذاب الجنسي إلى الذكور أو إلى الإناث أو كلاهما أو عدم الانجذاب الجنسي لأي جنس .

٦ ر ٣٠٢ اضطراب الهوية الجنسية غير المعين .

٩ ر ٣٠٢ اضطراب جنسي غير معين .

اضطرابات الأكل

١ ر ٣٠٧ النهم العصابي (فقدان الشهية) .

٥١ ر ٣٠٧ النهم أو الشره العصابي .

٥٠ ر ٣٠٧ اضطراب الطعام غير المعين .

اضطرابات النوم

اضطرابات النوم الأولية

الديسومنيا (اضطرابات النوم في الطفولة)

٤٢ ر ٣٠٧ الارق الأولى .

٤٤ ر ٣٠٧ زيادة النوم الأولى (معادو الحدوث) .

٠٠ ر ٣٤٧ النوم المتقطع .

٥٩ ر ٧٨٠ التنفس المرتبط باضطرابات النوم .

٤٥ ر ٣٠٧ اضطرابات الإيقاع الدوري للنوم .

٤٧ ر ٣٠٧ ديسومنيا غير معينه .

البارسومنيا Parasomnia (مسببات الأرق)

٤٧ ر ٣٠٧ الكابوس .

٤٦ ر ٣٠٧ الانزعاج النوامي .

٤٦ ر ٣٠٧ التجوال النوامي (المشي أثناء النوم) .

٤٧ ر ٣٠٧ بارسومنيا غير معينه .

اضطرابات النوم المرتبطة باضطرابات عقلية أخري

٤٢ ر ٣٠٧ الأرق المرتبط بمحاور التشخيص ١ ، ٢ .

٤٤ ر ٣٠٧ زيادة النوم المرتبط بمحاور التشخيص ١ ، ٢ .

اضطرابات نوم أخري

++ ر ٧٨٠ اضطرابات نوم تعود إلى حالات طبية .

٥٢ ر نمط الأرق .
٥٤ ر نمط زيادة النوم .
٥٩ ر نمط البارسومينا .
٥٩ ر النمط المختلط .
--ر -- اضطرابات النوم الناتجة عن تعاطي العقاقير .

اضطرابات السلوك الاندفاعي(لم تتحدد في مكان)

٣٤ ر٣١٢ اضطرابات التفجر المتقطع .
٣٢ ر ٣١٢ الكلوبتومانيا (الولع بسرقة الأشياء التافهة) .
٣٣ ر ٣١٢ البيرومانيا (جنون الحريق) .
٣١ ر ٣١٢ المقامرة المرضية .
٣٩ ر ٣١٢ جنون الشعر أو الولع بالشعر .
٣٠ ر ٣١٢ سلوك اندفاعي مضطرب غير معين .

اضطرابات التوافق

++ ٣٠٩ اضطراب التوافق .
٠ ر مع مزاج مكتئب .
٢٤ ر مع القلق .
٢٨ ر مع كل من القلق والاكتئاب .
٣ ر مع اضطراب التصرف .
٤ ر مع كل من الاضطراب العاطفي والتصرف .
٩ ر غير محدد وبخاصة اضطراب حاد ومزمن .

اضطرابات الشخصية

٠ ر ٣٠١ اضطراب الشخصية البارانويدية .
٢٠ ر ٣٠١ اضطراب الشخصية الفصامية .
٢٢ ر ٣٠١ اضطراب الشخصية الشبفصامية .
٧ ر ٣٠١ الشخصية المضادة للمجتمع .
٨٣ ر ٣٠١ اضطرابات الشخصية الحدية (البينية) .
٥٠ ر ٣٠١ اضطراب الشخصية الهستيرية .
٨١ ر ٣٠١ اضطراب الشخصية النرجسية .
٨٢ ر ٣٠١ اضطراب الشخصية التجنبية أو الانزوائية .
٦ ر ٣٠١ اضطراب الشخصية الاعتمادية .
٤ ر ٣٠١ اضطراب الشخصية الو سواسية القهرية .

٩ ر ٣٠١ اضطراب شخصية لم يسبق تشخيصه .

حالات أخرى يمكن أن تلفت الانتباه الإكلينيكي

العوامل النفسية المثيرة لحالات طبية

ـ الاضطرابات العقلية المثيرة لحالات طبية .

ـ الأعراض النفسية المثيرة لحالات طبية .

ـ سمات الشخصية أو نمط التقلب المثيرة لحالات طبية .

ـ عدم التكيف الصحي أو نمط التقلب لحالات طبية .

ـ الكرب المرتبط بالاستجابة النفسية المؤثرة لحالات طبية .

ـ عوامل سيكولوجية أخري غير محدده .

اضطرابات الحركة الناتجة عن العلاج الدوائي

١ ر ٣٣٢ النوبة العصبية المسببة للباركنسونية Parkinsonism

92 ر ٣٣٣ نوبة عصابية لزملة الأعراض الخبيثة أو الشريرة.

٧ ر ٣٣٣ نوبة عصبية مسببة للدستونا الحادة (اعوجاج الأطراف وأجزاء الجسم) .

٩٩ ر ٣٣٣ نوبة عصبية مسببة للاكاثيزما الحادة (نوع من القلق التفاعلي الحاد) .

٨٢ ر ٣٣٣ نوبة عصبية مسببة للديسكنيزيا (نوع من اضطراب الحركة العصبي) .

١ ر ٣٣٣ الوقفة المرتعشة نتيجة تعاطي الدواء .

٩٠ ر ٣٣٣ اضطرابات حركية نتيجة للدواء غير معينه .

اضطرابات أخرى ناتجة عن الأدوية غير معروفة

٢ ر ٩٩٥ الآثار غير المناسبة أو الضارة للأدوية غير المعينة

مشكلات العلاقات المتبادلة

٩ ر ٦١ مشكلات العلاقة نتيجة للمرض العقلي أو حالات طبية عامة .

٢٠ ر ٦١ مشكلات علاقة الطفل بالوالدين .

١ ر ٦١ مشكلات العلاقة بالوالدين .

٨ ر ٦١ مشكلات العلاقة بالأقران .

٨١ ر ٦١ مشكلات علاقات غير معينه .

مشكلات مرتبطة بالإساءة Abuse أو الإهمال

٢١ ر ٦١ الإساءة البدنية للأطفال .

٢١ ر ٦١ الإساءة الجنسية للطفل .

٢١ ر ٦١ إهمال للطفل .

١ ر ٦١ الإساءة البدنية للبالغين .

١ ر ٦١ الإساءة الجنسية للبالغين .

حالات أخري يمكن أن تلفت الانتباه الإكلينيكي

٨١ ر ١٥ عدم الشكوى من العلاج .

٢ ر ٦٥ التمارض (الشكوى المتكررة) .

٠١ ر ٧١ سلوك الراشدين المضاد للمجتمع .

٠٢ ر ٧١ سلوك الأطفال والمراهقين المضاد للمجتمع .

٨٩ ر ٦٢ الوظائف العقلية البينية أو الحدية .

٩ ر ٧٨٠ التدهور المعرفي المرتبط بالسن .

٨٢ ر ٦٢ الحرمان .

٣ ر ٦٢ المشكلات الدراسية .

٢ ر ٦٢ مشكلات العمل .

٨٢ ر ٣١٣ مشكلات الهوية .

٨٩ ر ٦٢ مشكلات دينية أو روحية .

٤ ر ٦٢ مشكلات ثقافية متبادلة .

٨٩ ر ٦٢ مشكلة مراحل الحياة .

رموز رقمية إضافية

٩ ر ٣٠٠ اضطرابات عقلية غير محددة (غير ذهانية) .

٩ ر ٧١ لا يوجد تشخيص أو تواءم مع محور التشخيص الأول .

٩ ر ٧٩٩ تشخيص وتواءم مختلف مع محور التشخيص الأول .

٠٩ ر ٧١ لا يوجد تشخيص في المحور الثاني .

٩ ر ٧٩٩ اختلاف التشخيص في المحور الثاني .

ملحق ٣

تصنيف اضطرابات الطب النفسي العقلي

التصنيف العالمي العاشر للاضطرابات العقلية والسلوكية
منظمة الصحة العالمية ١٩٩١ (قائمة بالفئات ثلاثية الصفة ف ـ . : ف ٩٩

ف . الاضطرابات العقلية العضوية . بما فيها الاضطرابات الاعراضيه (ذات العلاقة بالأعراض)
ف . ر الخرف في مرض الزهايمر .
ف . ر .. الخرف الباكر في مرض الزهايمر(النوع ٢).
ف ١ ر ٠٠ الخرف المتأخر في مرض الزهايمر(النوع١).
ف ٢ ر ٠٠ الخرف في مرض الزهايمر ، النوع اللانمطي أو المختلط .
ف ٩ ر ٠٠ غير محدد .
ف ١٠ ر ٠٠ الخرف الوعائي .
ف ٠ ر ١٠ الخرف ذو البداية الحادة .
ف ١ ر ١٠ الخرف الوعائي متعدد الاحتشاءات (القشري في الأغلب) .
ف ٢ ر ١٠ الخرف الوعائي تحت القشري .
٣ ر ١ الخرف الوعائي القشري وتحت القشري المختلط.
ف ٨ ر ١ ٠ أخرى .
ف ٩ ر ١ ٠ غير محدد .
ف ٢ ٠ الخرف في أمراض مصنفه في مكان آخر .
ف ٠ ر ٢ ٠ الخرف في مرض " بك " .
ف ١ ر ٢ ٠ الخرف في مرض " جاكوب ــ كرتشفيلد " .
ف ٢ ر ٢ ٠ الخرف في مرض " هنتنتجتون " .
ف ٣ ر ٢ ٠ الخرف في باركنسون (الشلل الرعاش) .
ف ٤ ر ٢ ٠ الخرف في خمج فيروس نقص المناعة .
ف ٨ ر ٢ ٠ الخرف في أمراض أخري مصنفه في مكان آخر.
ف ٣ ٠ الخرف ، غير المحدد .

الصفة الخامسة التي تحـــدد الخـرف ف ٠٠– ف ٣ ٠ المصـــاحب بأعراض إضافية

٠ * ر ٠ بدون أعراض إضافية .
١ * ر ٠ أعراض أخري أساسا ضلالية .
٢ * ر ٠ أعراض أخري أساسا هلوسية .
٣ * ر ٠ أعراض أخري أساسا أكتئابية .
٤ * ف ر ٠ أعراض مختلفة أخري .
ف ٤ ٠ زملة النساوة العضوية (الزملـــة العضويـــة لفقـد الذاكرة) ، بخلاف المحدثة بالكحول أوالعقاقير
ف ٥ ٠ الهذيان (البطاح) ، بخلاف المحدث بـــالكحول أو العقاقير
ف ٠ ر ٥ ٠ هذيان غير مضاف إلى خرف .
ف ١ ر ٥ ٠ الهذيان مضافا إلى خرف .
ف ٨ ر ٥ ٠ أخري .
ف ٩ ر ٥ ٠ غير محدد .
ف ٦ ٠ الاضطرابات الأخرى الناجمة عن أمراض أو اختلالات مخيــة أو أمراض بدنية
ف ٠ ر ٦٠ الخيلولة العضوية . (الهلاوس العضوي) .
ف ١ ر ٦ ٠ اضطراب الجامود العضوي .
ف ٣ ر ٦ ٠ اضطراب الضلالة العضوي أو الاضطرابـــات شـــبه الفصامية العضوية .
ف ٣ ر ٦ ٠ الاضطرابات الوجدانية (المزاجية) العضوية.
٣ ٠ اضطراب هوس عضوي .
اضطراب ثنائي القطب عضوي
اضطراب اكتئابي عضوي
اضطراب وجداني مختلط عضوي
ف ٤ ٦٠ ١اضطراب القلق العضوي .
ف ٥ ر ٦ ٠ اضطراب انشقاقي عضوي .
ف ٦ ر ٦ ٠ اضطراب الهشاشة الانفعالية (الانفعال المتغـير) أو (الاضطراب الوهن العضوي) .
ف ٧ ر ٦ ٠ اضطراب معرفي خفيف الشدة .

ف ٨ ر ٦ ٠ أخري .
ف ٩ ر ٦ ٠ غير محدد .
ف ٧ ٠ اضطرابات الشخصية والسلوك الناجمة عن مرض أو إصابة أو خلل وظيفي بالمخ .
ف ٠ ر ٧ ٠ اضطراب الشخصية العضوي .
ف ١ ر ٧ ٠ زملة ما بعد الالتهاب الدماغي .
ف ٢ ر ٧ ٠ زملة ما بعد ارتجاج المخ (زملة ما بعد الإصابة المخية العضوية) .
ف ٨ ر ٧ ٠ أخري .
ف ٩ ٠ ٠ اضطرابات عقلية عضوية أو عرضية ، غير محددة .

ف ١ الاضطرابات العقلية والسلوكية الناجمة عن استخدام مواد نفسانية الفعالية
ف ١٠ الاضطرابات الناجمة عن استخدام الكحول .
ف ١١ الاضطرابات الناجمة عن استخدام مشتقات الأفيون .
ف ١٢ الاضطرابات الناجمة عن استخدام مشتقات الحشيش .
ف ١٣ الاضطرابات الناجمة عن استخدام المهدئات أو المنومات .
ف ١٤ الاضطرابات الناجمة عن استخدام الكوكايين .
ف ١٥ الاضطرابات الناجمة عن استخدام منبهات أخري (بما فيها مادة الكافيين) .
ف ١٦ الاضطرابات الناجمة عن استخدام عقاقير الهلوسة (المهلوسات) .
ف ١٧ الاضطرابات الناجمة عن استخدام التدخين .
ف ١٨ الاضطرابات الناجمة عن استخدام المذيبات المتطايرة .
ف ١٩ الاضطرابات الناجمة عن استخدام عقاقير متعددة واستخدام مواد أخري نفسانية الفعالية .

الشفرة الخاصة بالصفة الرابعة والخامسة لتحديد الحالة الإكلينيكية

٠ ر	التسمم الحاد .
٠٠ ر	بدون مضاعفات .
٠١ ر	المصحوب بإصابة أو أي جروح جسمية أخري.
٠٢ ر	المصحوب بمضاعفات طبية أخري .
٠٣ ر	المصحوب بهذيان .
٠٤ ر	المصحوب بتشوهات أدرا كية .
٠٥ ر	المصحوب بغيبوبة .
٠٦ ر	المصحوب بتشنجات .
٠٧ ر	التسمم المرضي .
١ ر	استخدام مؤذ (التعاطي) .
٢ ر	زملة الاعتماد .
٢٠ ر	حالية ممتنع .
٢١ ر	حاليا ممتنع ، ولكن في بيئة آمنة .
٢٢ ر	حاليا علي نظام ثابت مراقب إكلينيكيا .
٢٣ ر	حاليا ممتنع ولكن يعالج بعقاقير منفره أو(عائقة).
٢٤ ر	حاليا يستخدم العقار .
٢٥ ر	استخدام مستمر .
٢٦ ر	استخدام نوابي .
٣ ر	حالة انسحاب .
٣٠ ر	بدون مضاعفات .
٣١ ر	مع تشنجات .
٤ ر	حالة انسحاب مع هذيان .
٤٠ ر	بدون تشنجات .
٤١ ر	مع تشنجات .
٥ ر	اضطراب ذهاني .
٥٠ ر	مثل الفصام .
٥١ ر	ضلالي في أغلبه .
٥٢ ر	هلوسي في أغلبه .
٥٣ ر	متعدد الشكل في أغلبه .
٥٤ ر	أعراض أكتئابية في أغلبه .
٥٥ ر	أعراض هوس في أغلبه .

٥٦ ر مختلط .

٦ ر زملة النساوة (فقد الذاكرة) المترتبة علي كحول أو عقار .

٧ ر الاضطراب المتبقي والذهاني متأخر البداية المترتب علي كحول أو عقار .

٧٠ ر الارتجاعات الزمنية .

٨٧١ ر اضطراب الشخصية أو السلوك .

٧٢ ر اضطراب وجداني متبقي .

٧٣ ر اضطراب مترتب علي كحول أو عقار .

٧٤ ر خلل معرفي مستمر آخر .

٧٥ ر اضطراب ذهاني متأخر البداية .

٨ ر اضطرابات عقلية أو سلوكية أخري مترتبة علي كحول أو عقاقير .

٩ ر اضطرابات عقلية أو سلوكية غير محددة مترتبة علي كحول أو عقاقير .

ف ٣ الفصام ، والحالات فصامية الطابع واضطرابات الضلالة (الاستضلال)

ف ٢ – ٠ الفصام .

ف ٢٠ الفصام البار انوي (الزوراني)(الضلالي) .

ف ٢١ فصام البلوغ (المراهقة) .

ف ٢٢ الفصام الكتاتوني (التصلبي أو التخشبي أو الجامودي) .

ف ٢٣ الفصام غير المميز .

ف ٢٤ اكتئاب ما بعد الفصام .

ف ٢٥ الفصام المتبقي .

ف ٢٦ الفصام البسيط .

ف ٢٨ أخري .

ف ٢٩ الفصام غير المحدد .

نمط المسار

ف ٠ ر ٢٠ متصل :

ف ١ ر ٢٠ في نوبات معدل التدهور متزايد .

ف ٢ ر ٢٠ في نوبات معدل التدهور ثابت .
ف ٣ ر ٢٠ نوبات تحسن .
ف ٤ ر ٢٠ نوبة واحدة ، بعدها تحسن غير كامل .
ف ٥ ر ٢٠ تحسن كامل .
ف ٨ ر ٢٠ أخري .
ف ٩ ر ٢٠ فترة الملاحظة أقل من سنه واحدة .
ف ٣١ اضطراب فصامي الطابع .
ف ٢٢ اضطرابات الضلالة المستمرة .
ف ٠ ر ٢٢ اضطراب الضلالة .
ف ٨ ر ٢٢ اضطرابات ضلالة مستمرة أخري .
ف ٩ ر ٢٢ غير محددة .
ف ٢٣ اضطرابات ذهانية حادة وعابرة .
ف ٠ ر ٢٣ اضطراب ذهاني حاد (بدون أعراض فصام) .
ف ٠ ر ٢٣ غير مصاحب بكرب حاد .
ف ١ ٠ ر ٢٣ مصاحب بكرب حاد .
* ف ١ ر ٢٣ اضطراب ذهاني حاد متعدد الشكل (مع أعراض فصام) .
ف ٠ ١ ر ٢٣ غير مصاحب بكرب حاد .
ف ١١ ر ٢٣ مصاحب بكرب حاد .
* ف ٢ ر ٢٣ اضطراب ذهاني حاد مثل الفصام .
ف ٢٠ ر ٢٣ غير مصاحب بكرب حاد .
ف ٢١ ر ٢٣ مصاحب بكرب حاد .
* ف ٣ ر ٢٣ اضطراب ذهاني حاد أخر ، ضلالي في الأغلب .
ف ٣ ر ٢٣ غير مصاحب بكرب .
ف ٣١ ر ٢٣ مصاحب بكرب .
* ف ٨ ر ٢٣ أخري .
* ٩ ر ٣٢ غير محدد .
* ف ٢٤ اضطراب ضلالي محدث (الجنون المشاطر).
ف ٢٥ اضطراب الفصام الوجداني .

ف ٠ ر ٢٥ اضطراب الفصام الوجداني ، نوع الهوس .
ف ١ ر ٢٥ اضطراب الفصام الوجداني ، نوع الاكتئاب.
ف ٢ ر ٢٥ اضطراب الفصام الوجداني ، نوع مختلط.
ف ٨ ر ٢٥ أخري .
ف ٩ ر ٢٥ غير محددة .
ف ٢٨ اضطرابات ذهانية غير عضوية أخري.
ف ٢٩ ذهان غير عضوي غير محدد .
ف ٣ اضطرابات المزاج (الوجدان)
ف ٣٠ نوبة هوس .
ف ٠ ر ٣٠ هوس خفيف الشدة .
ف ١ ر ٣٠ هوس بدون أعراض ذهانية .
ف ٢ ر ٣٠ هوس مع أعراض ذهانية .
ف ٨ ر ٣٠ أخري .
ف ٩ ر ٣٠ غير محددة .
ف ٣١ اضطراب وجداني ثنائي القطب
ف ٠ ر ٣١ النوبة الحالية هوس خفيف الشدة .
ف ١ ر ٣١ النوبة الحالية هوس بدون أعراض ذهانية .
ف ٢ ر ٣١ النوبة الحالية هوس مع أعراض ذهانية .
ف ٣ ر ٣١ النوبة الحالية اكتئاب متوسط أو خفيف الشدة .
ف ٣٠ ر ٣١ اكتئاب متوسط أو خفيف الشدة بدون أعراض بدنية .
ف ٣١ ر ٣١ اكتئاب متوسط أو خفيف الشدة مع أعراض بدنية.
ف ٤ ر ٣١ النوبة الحالية اكتئاب شديد بدون أعراض ذهانية.
ف ٥ ر ٣١ النوبة الحالية اكتئاب شديد مع أعراض ذهانية .
ف ٦ ر ٣١ النوبة الحالية مختلطة .
ف ٧ ر ٣١ حاليا في تحسن .
ف ٨ ر ٣١ أخري .
ف ٩ ر ٣١ غير محددة .
ف ٣٢ نوبة اكتئابية .
ف ٠ ر ٣٢ خفيفة الشدة .
ف ٠٠ ر ٣٢ بدون أعراض بدنية .

ف ١ ٠ر ٣٢ مع أعراض بدنية .
ف ١ ر ٣٢ متوسطة الشدة .
ف ١٠ ر ٣٢ بدون أعراض بدنية .
ف ١١ ر ٣٢ مع أعراض بدنية .
ف ٢ ر ٣٢ نوبة أكتئابية شديدة بدون أعراض ذهانية .
ف ٣ ر ٣٢ نوبة اكتئابية شديدة مع أعراض ذهانية .
ف ٨ ر ٣٢ أخري .
ف ٩ ر ٣٢ غير محددة .
ف ٣٣ اضطراب اكتئابي متكرر
ف ٠ ر ٣٣ النوبة الحالية خفيفة الشدة .
ف ٠٠ر ٣٣ بدون أعراض بدنية .
ف ١ ٠ ر ٣٣ مع أعراض بدنية .
ف ١٠ ر ٣٣ بدون أعراض بدنية .
ف ١ ر ٣٣ النوبة الحالية متوسطة الشدة .
ف ١١ ر ٣٣ مع أعراض بدنية .
ف ٢ ر ٣٣ النوبة الحالية شديدة بدون أعراض ذهانية .
ف ٣ ر ٣٣ النوبة الحالية شديدة مع أعراض ذهانية .
ف ٣ ر ٣٣ حاليا في تحسن .
ف ٨ ر ٣٣ أخري .
ف ٩ ر ٣٣ غير محددة .
ف ٣٤ اضطرابات وجدانية مستمرة
ف ٠ ر ٣٤ المزاج النوابي .
ف ١ ر ٣٤ عسر المزاج .
ف ٨ ر ٣٤ أخري .
ف ٩ ر ٣٤ غير محددة .
ف ٣٨ اضطرابات مزاجية (وجدانية) أخري
ف ٠٠ ر نوبة وجدانية مختلطة .
ف ١ ر ٣٨ اضطرابات وجدانية متكررة أخري .
١٠ ر اضطراب اكتئابي متكرر قصير الأمد .
ف ٨٠ ر ٣٨ أخري محددة .
ف ٣٩ اضطراب وجداني غير محدد

ف ٤ الاضطرابات العصابية والمرتبطة بالكرب والجسدية الشكل
ف ٤٠ اضطرابات القلق الرهابي .
ف ٠ ر ٤٠ رهاب الساحة (الخلاء) .
ف ٠٠ر بدون اضطراب الهلع .
ف ١٠ ر مع اضطراب الهلع .
ف ١ ر ٤٠ الرهاب الاجتماعي .
ف ٢ ر ٤٠ الرهاب المحدد (المنفرد) .
ف ٨ ر ٤٠ أخري .
ف ٩ ر ٤٠ غير محدد .
ف ٤١ اضطرابات قلق أخري
ف ٠ ر ٤١ اضطراب الهلع (القلق النوابي الدوري) .
ف ١ ر ٤١ اضطراب القلق العام .
ف ٢ ر ٤١ اضطراب القلق والاكتئاب المختلط .
ف ٣ ر ٤١ اضطرابات قلق مختلط أخري .
ف ٨ ر ٤١ أخري .
ف ٩ ر ٤١ غير محددة .
ف ٤٢ اضطراب الوسواس القهري
ف ٠ ر ٤٢ أساسا أفكار ووساوس واجترارات .
ف ر ٤٢ أساسا أفعال قهرية (طقوس حركية) .
ف ٢ ر ٤٢ أفكار وأفعال وسواسية مختلطة .
ف ٨ ر ٤٢ أخري .
ف ٩ ر ٤٢ غير محددة .
ف ٤٣ استجابة الكرب الشديد واضطرابات التوافق
ف ٠ ر ٤٣ استجابة الكرب الحادة .
ف ١ ر ٤٣ اضطراب كرب ما بعد حادث .
ف ٢ ر ٤٣ اضطراب التوافق .
٢ ر استجابة اكتئابية قصيرة .
٢١ ر استجابة اكتئابية طويلة .
٢٢ ر استجابة قلق واكتئاب مختلط .
٢٣ ر مع خلل أساسي في مشاعر أخري .
٢٤ ر مع خلل أساسي في السلوك (الجناح) .

٢٥ ر مع خلل مختلط في المشاعر والسلوك(الجناح).
٢٨ ر أخري محددة .
ف ٨ ر ٤٣ أخري .
ف ٩ ر ٤٣ غير محددة .
ف ٤٤ اضطرابات انشقاقية (تحولية)
ف ٠ ر ٤٤ فقدان الذاكرة الانشقاقي (أوالنساوة الانشقاقية).
ف ١ ر ٤٤ الشرود الانشقاقي .
ف ٢ ر ٤٤ الخدر (السبات) الانشقاقي .
ف ٣ ر ٤٤ اضطرابات الغشية والتلبس (الاستحواذ ــ المس) .
ف ٤ ر ٤٤ اضطرابات الحركة الانشقاقية .
ف ٥ر ٤٤ التشنجات الانشقاقية .
ف ٦ ر ٤٤ الخدر وفقدان الإحساس الانشقاقي .
ف ٧ ر ٤٤ اضطرابات انشقاقية وتحولية مختلطة .
ف ٨ ر ٤٤ أخري .
٨٠ ر زملة جانسر .
ف ٨ ر ٩١ أخري .
ف ٩ ر ٩١ غير محددة .
ف ٩٢ الاضطرابات المختلطة في المسلك (الجناح) والانفعالات
ف ٠٠ر ٩٢ اضطراب المسلك (الجناح) الاكتئابي .
ف ٨ ر ٩٢ أخري .
ف ٩ ر ٩٢ غير محددة .
ف ٩٣ اضطرابات الانفعالات ذات البداية المحددة في الطفولة
ف ٠ ر ٩٣ اضطراب قلق الانفصال في الطفولة .
ف ١ ر ٩٣ اضطراب القلق الرهابي في الطفولة .
ف ٢ ر ٩٣ اضطراب القلق الاجتماعي في الطفولة .
ف ٣ ر ٩٣ اضطراب التنافس مع الاخوة .
ف ٨ ر ٩٣ أخري .
ف ٩ ر ٩٣ غير محددة .
ف ٩ اضطرابات سلوكية وعاطفية تبدأ عادة في مرحلة الطفولـــة أو المراهقة (واضطراب عقلي غير محدد)
ف ٩٠ اضطراب فرط الحركة .

ف ٠ ر ٩٠ اختلال النشاط والانتباه .
ف ١ ر ٩٠ اضطراب المسلك (الجناح) مفرط الحركة .
ف ٨ ر ٩٠ أخرى .
ف ٩ ر ٩٠ غير محدد .
ف ٩١ اضطراب المسلك (الجناح)
ف ٠ ر ٩١ اضطرابات المسلك (الجناح) المقتصر علي إطار العائلة .
ف ١ ر ٩١ اضطراب المسلك (الجناح) غير المتوافق اجتماعيا .
ف ٢ ر ٩١ اضطراب المسلك (الجناح) المتوافق اجتماعيا.
ف ٣ ر ٩١ اضطراب المعارضة المتحدية .
ف ٨٣ اضطراب إنمائي محدد مختلط
ف ٨٤ اضطرابات إنمائية منتشرة (شاملة)
ف ٠ ر ٨٤ ذاتوية الطفولة .
ف ١ ر ٨٤ ذاتوية لانمطية (غير نموذجية) .
ف ٢ ر ٨٤ زملة رت .
ف ٣ ر ٨٤ اضطراب تحللي آخر في الطفولة .
ف ٤ ر ٨٤ اضطراب النشاط المفرط المصحوب بتخلف عقلي وحركات نمطيه .
ف ٥ ر ٨٤ زملة اسبرجر .
ف ٨ ر ٨٤ أخر .
ف ٩ ر ٨٤ غير محددة .
ف ٨٨ اضطرابات أخرى في النماء النفسي
ف ٨٩ اضطراب النماء النفسي ، غير المحدد
ف ١ ر ٨٠ اضطراب التعبير اللغوي .
ف ٢ ر ٨٠ اضطراب الاستقبال اللغوي .
ف ٣ ر ٨٠ الحبسة المكتسبة مع الصرع .
ف ٨ ر ٨٠ أخري .
ف ٩ ر ٨٠ غير محددة .
ف ٨١ اضطرابات إنمائية محددة في المهارات الدراسية
ف ٠ ر ٨١ اضطراب قراءة محدد .

ف ١ ر ٨١ اضطراب الهجاء المحدد .
ف ٢ ر ٨١ اضطراب محدد في المهارات الحسابية .
ف ٣ ر ٨١ اضطراب مختلط في المهارات الدراسية .
ف ٨ ر ٨١ أخري .
ف ٩ ر ٨١ غير محددة .
ف ٨٢ اضطراب إنمائي محدد في وظيفة الحركة
ف ٧٢ تخلف عقلي شديد .
ف ٧٣ تخلف عقلي جسيم .
ف ٧٨ تخلف عقلي أخر .
ف ٧٩ تخلف عقلي غير محدد .
الرمز الرابع يحدد الخلل السلوكي المصاحب
ف ٠ * ٧ لا يوجد أو خلل سلوكي ضئيل .
ف ١ * ٧ خلل سلوكي شديد يستدعي الانتباه أو العلاج .
ف ٨ * ٧ أخري .
ف ٩ * ٧ غير محدد .
ف ٨ اضطرابات النماء (الارتقاء النفسي)
ف ٨٠ اضطرابات إنمائية معينه في الكلام واللغة .
ف ٠ ر ٨٠ اضطراب نطق الكلام المحدد .
٠ ر جنسية غيرية .
١ ر جنسية مثلية .
٢ ر جنسية ثنائية (مزدوجة) .
ف ٦٨ اضطرابات أخري في شخصية وسلوك الراشدين .
ف ٠ ر ٦٨ المبالغة في أعراض جسمية لأسباب نفسية .
ف ١ ر ٦٨ الاختلاف أو التظاهر القصدي بأعراض أو عجز، أما جسمي أو نفسي (اضطراب التصنع).
ف ٨ ر ٦٨ اضطرابات أخري معينه في شخصية وسلوك الراشدين .
ف ٦٩ اضطراب في شخصية وسلوك الراشدين ، غير محدد .
ف ٧ التخلف العقلي .
ف ٧٠ تخلف عقلي خفيف الشدة .
ف ٧١ تخلف عقلي متوسط الشدة .

ف ٣ ر ٦٥ التطلع الجنسي (لذة المشاهدة) .
ف ٤ ر ٦٥ حب الأطفال الجنسي .
ف ٥ ر ٦٥ الماسوكية ــ السادية .
ف ٦ ر ٦٥ اضطرابات متعددة في التفضيل الجنسي.
ف ٨ ر ٦٥ أخري .
ف ٩ ر ٦٥ غير محددة .
ف ٦٦ اضطرابات نفسية ، سلوكية مصاحبة للارتقـــاء والتوجــه الجنسي .
ف ٠ر ٦٦ اضطراب النضوج الجنسي .
ف ٢ ر ٦٦ توجه مقلقل للانا .
ف ٢ ر ٦٦ اضطراب العلاقة الجنسية .
ف ٨ ر ٦٦ اضطرابات أخري في الارتقاء النفسجسمي .
ف ٩ ر ٨٨ غير محددة .
الرمز الخامس يشير إلى تصاحب الاضطراب مع
ف ٣ ر ٦٣ هوس نتف الشعر .
ف ٨ ر ٦٣ أخري .
ف ٩ ر ٦٣ غير محددة .
ف ٦٤ اضطرابات الهوية الجنسية
ف ٠ ر ٦٤ التحول الجنسي .
ف ١ ر ٦٤ تحول الزي ثنائي الدور .
ف ٢ ر ٦٤ اضطراب الهوية الجنسية في الطفولة .
ف ٨ ر ٦٤ أخري .
ف ٩ ر ٦٤ غير محددة .
ف ٦٥ اضطرابات الموضوع الجنسي
ف ٠ ر ٦٥ الفتيشية (الذكورية أو التوثين) .
ف ١ ر ٦٥ تحول الزي الفتيشي .
ف ٢ ر ٦٥ الاستعراض الجنسي (الاستعراء) .
ف ٦١ اضطرابات شخصية أخري ومختلطة
٠ ر ٦١ اضطرابات الشخصية المختلطة .
١ ر ٦١ تغيرات مزعجة في الشخصية لا يمكـــن تصنيفــها تحت ف ٦٠ أو ٦٢ .

ف ٦٢ تغير دائم في الشخصية ليس مرجعة أذى جسيم أو مرض بالمخ .
ف ٠ ر ٦٢ تغير دائم في الشخصية بعد تجربة فاجعة .
ف ١ ر ٦٢ تغير دائم في الشخصية بعد مرض طب نفسي.
ف ٨ ر ٦٢ أخري .
ف ٩ ر ٦٢ غير محددة .
ف ٦٣ اضطرابات العادة والاندفاع
ف ٠ ر ٦٣ المقامرة المرضية .
ف ١ ر ٦٣ إشعال الحرائق المرضي (هوس الحريق) .
ف ٢ ر ٦٣ السرقة المرضية (هوس السرقة) .
ف ٦٠ اضطرابات الشخصية المحددة
ف ٠ ر ٦٠ اضطراب الشخصية البارانويدية .
ف ١ ر ٦٠ اضطراب الشخصية الشبفصامية .
ف ٢ ر ٦٠ اضطراب الشخصية ذات الخلل الاجتماعي .
ف ٣ ر ٦٠ اضطراب الشخصية غير المستقرة انفعاليا .
٣٠ ر النوع الاندفاعي .
٣١ ر النوع الحدي .
ف ٤ ر ٦٠ اضطراب الشخصية الشبهيستيرية .
ف ٥ ر ٦٠ اضطراب الشخصية القهرية (الو سواسية القهرية) .
ف ٦ ر ٦٠ اضطراب الشخصية القلقة (الاجتنابية) .
ف ٧ ر ٦٠ اضطراب الشخصية الاعتمادية .
ف ٨ ر ٦٠ أخري .
ف ٩ ر ٦٠ غير محددة .
ف ٥٥ سوء استعمال مواد غير مسببة للاعتماد
٠ ر ٥٥ مضادات الاكتئاب .
١ ر ٥٥ ملينات .
٢ ر ٥٥ مسكنات .
٣ ر ٥٥ مضادات الحموضة .
٤ ر ٥٥ فيتامينات .
٥ ر ٥٥ الهرمونات والسترويد .

٦ ر ٥٥ أعشاب محددة أو علاجات شعبية .
٨ ر ٥٥ أخري .
٩ ر ٥٥ غير محددة .
ف ٥٩ زملات سلوكية واضطرابات عقلية مصاحبة بخلل وظيفي فسيولوجي غير محددة .
ف ٦ اضطرابات الشخصية والمسلك للراشدين .
ف ٦ ر ٥٢ عسر الجماع غير العضوي .
ف ٧ ر ٥٢ زيادة الدافع الجنسي .
ف ٨ر ٥٢ أخري .
ف ٩ ر ٥٢ غير محددة .
ف ٥٣ الاضطرابات العقلية أو السلوكية المصاحبة للنفاس ، غير المصنفة في مكان أخر .
ف ٠ ر ٥٣ اضطرابات عقلية خفيفة الشدة مصاحبة للنفاس، غير مصنفة في مكان آخر .
ف ١ ر ٥٣ اضطرابات عقلية شديدة مصاحبة للنفاس ، غير مصنفة مكان آخر .
ف ٨ ر ٥٣ أخري .
ف ٩ ر ٥٣ غير محددة .
ف ٥٤ عوامل نفسية أو سلوكية مصاحبة لاضطرابات أو أمراض مصنفة في مكان آخر .
ف ٤ ر ٥١ فزع النوم .
ف ٥ ر ٥١ كوابيس (قلق الحلم) .
ف ٨ ر ٥١ أخري .
ف ٩ ر ٥١ غير محددة .
ف ٥٢ العسر الوظيفي الجنسي غير المسبب بمرض أو اضطراب عضوي .
ف ٠ر ٥٢ افتقار أو فقدان الرغبة الجنسية .
ف ١ ر ٥٢ البغض أو المقت أو عدم الاستمتاع الجنسي .
١٠ ر كره الجنس .
١١ ر عدم الاستمتاع الجنسي .
ف ٢ ر ٥٢ فشل الاستجابة الجنسية .

ف ٣ ر ٥٢ عسر النشوة الجنسية الوظيفي .
ف ٤ ر ٥٢ القذف المبكر .
ف ٥ر ٥٢ التقلص المهبلي غير العضوي .
ف ١ ر ٥٠ فقدان الشهية العصبي غير النمطي .
ف ٢ ر ٥٠ الضرر (الشره) العصبي .
ف ٣ ر ٥٠ الضرر العصبي غير النمطي .
ف ٤ ر ٥٠ فرط الأكل المصحوب باضطرابات نفسية أخري.
ف ٥ ر ٥٠ القيء المصحوب باضطرابات نفسية أخري .
ف ٨ ر ٥٠ أخري .
ف ٩ ر ٥٠ غير محدد .
ف ٥١ اضطرابات النوم غير العضوية .
ف ٠ ر ٥١ الأرق غير العضوي .
ف ١ ر ٥١ فرط النوم غير العضوي .
ف ٢ ر ٥١ اضطراب برنامج النوم واليقظة غير العضوي.
ف ٣ ر ٥١ السير أثناء النوم .
٣٣ ر الجهاز التنفسي .
٣٤ ر الجهاز البولي والتناسلي .
ف ٤ ر ٤٥ اضطراب الألم جسدي الشكل المستمر .
ف ٨ ر ٤٥ أخري .
ف ٩ ر ٤٥ غير محددة .
ف ٤٨ اضطرابات عصابية أخري .
ف ٠ ر ٤٨ الوهن العصبي (زملة التعب) .
ف ١ ر ٤٨ زملة اختلال الانيه والعالم الخارجي (تبدد الشخصية والواقعية) .
ف ٨ ر ٤٨ أخري محددة .
ف ٩ ر ٤٨ غير محددة .
ف ٥٠ الزملات السلوكية المصحوبة بخلل وظيفي وعوامل بدنية
ف ٥٠ اضطرابات الأكل .
ف ٠ ر ٥٠ فقدان الشهية العصبي (القمة العصابي) .
٨١ ر تعدد الشخصية .
٨٢ ر اضطرابات انشقاقية عابرة في الطفولة والمراهقة.
٨٨ر أخري محددة .
ف ٩ ر ٤٤ غير محددة .
ف ٤٥ اضطرابات جسدية الشكل
ف ٠ ر ٤٥ اضطرابات الجسدنه .
ف ١ ر ٤٥ اضطراب جسدي الشكل غير مميز .
ف ٢ ر ٤٥ اضطراب توهم المرض .

ف ٣ ر ٤٥ اضطراب وظيفي جسدي الشكل في الجهاز العصبي اللاإرادي .
٣٠ ر القلب والجهاز القلبي الوعائي .
٣١ ر الجهاز المعدي المعوي الأعلى .
٣٢ ر الجهاز المعدي المعوي الأسفل .
ف ٩٤ اضطرابات الأداء الاجتماعي ذات البداية المحددة في الطفولة أو المراهقة .
ف ٠ ر ٩٤ الخرس الانتقائي .
ف ١ ر ٩٤ اضطراب التعلق التفاعلي في الطفولة .
ف ٢ ر ٩٤ اضطراب التعلق غير المكبوت في الطفولة .
ف ٨ ر ٩٤ أخري .
ف ٩ ر ٩٤ غير محددة .
ف ٩٥ اضطراب اللوازم .
ف ٠ ر ٩٥ اضطراب اللوازم العابر .
ف ١ ر ٩٥ اضطراب اللوازم الحركية أو الصوتية المزمن.
ف ٢ ر ٩٥ اللوازم الصوتية والحركية المتعددة المشتركة (زملة توريت) .
ف ٨ ر ٩٥ أخري .
ف ٩ ر ٩٥ غير محددة .
ف ٩٨ اضطرابات سلوكية وعاطفية أخري تبدأ عادة أثناء الطفولة أو المراهقة .
ف ٠ ر ٩٨ سلس البول اللاإرادي غير العضوي .
ف ١ ر ٩٨ سلس البراز اللاإرادي غير العضوي .
ف ٢ ر ٩٨ اضطراب الأكل في البداءة أو الطفولة .
ف ٣ ر ٩٨ البيكا (وحم الطعام غير الطبيعي)(الوحم).
ف ٤ ر ٩٨ اضطراب الحركة النمطية .
ف ٥ ر ٩٨ التمتة (التهتهة) .
ف ٦ ر ٩٨ القلقلة في الكلام .
ف ٨ ر ٩٨ أخري .
ف ٩ ر ٩٨ غير محددة .
ف ٩٩ اضطراب عقلي غير محدد .

ملحق ٤

التصنيف الروسي للأمراض العقلية والنفسية

(Pratnov & Fedatov 1969.)

قائمة بالاضطرابات وأرقامها الرمزية.

١ ــ التأخر العقلي

التأخر العقلي (٣١٠ ــ ٣١٥) .

٣١٠ التأخر العقلي الحدي .

٣١١ التأخر العقلي الخفيف .

التأخر العقلي المتوسط .

التأخر العقلي الشديد .

التأخر العقلي العميق .

التأخر العقلي غير المعين .

يجب أن تستخدم تفريعات الرقم الرابع التالية مع كل من الأنواع السابقة ، كما يجب تحديد نوع الحالة الجسمية المرتبطة كتشخيص إضافي حين تكون معروفة .

ــ صفر عقب إصابة أو تسمم .

ــ ١ أثر صدمة أو عامل جسمي .

ــ ٢ اضطرابات أيض ، أو نمو ، أو تغذية .

ــ ٣ المرتبطة بمرض مخ كبير (بعد الولادة) .

ــ ٤ المرتبطة بأمراض وحالات ترجع لتأثير (غير معروف) ما قبل الولادة .

ــ ٥ مع شذوذ كروموزومي (صبغيات الجينات) .

ــ ٦ المرتبط بعدم النضج .

ــ ٧ عقب اضطراب عقلي رئيسي .

ــ ٨ عن حرمان (بيئي) سيكواجتماعي .

ــ ٩ مع حالة أخري (غير معينه) .

٢ ــ جملة أعراض المخ العضوية

الاضطرابات التي تنشأ عن أو ترتبط بتلف وظيفة نسيج المخ . وفي الأنواع المدرجة تحت (٢) أ ، (٢) ب ، يجب أن يحدد نوع الحالة الجسمية المرتبطة إذا كانت معروفة .

٢ ــ أ الذهانات المرتبطة بأعراض مخ عضوية (٢٩٠ ــ ٢٩٤)

٢٩٠ جنون الشيخوخة وما قبل الشيخوخة .
ــ صفر جنون الشيخوخة .
ــ ١ جنون ما قبل الشيخوخة .

ذهان الإدمان الكحولي
ــ صفر الرجفة الهذيانية .
ــ ١ ذهان كورساكوف (كحولي) .
ــ ٢ هلوسات ادمانية أخري .
ــ ٣ حالة الهذاء الكحولي (البارا نويا الكحولية) .
ــ ٤ التسمم الكحولي الحاد .
ــ ٥ التدهور الكحولي .
ــ ٦ التسمم الباثولوجي .
ــ ٩ ذهانات كحولية أخري (غير محددة النوع) .

الذهان المرتبط بإصابة داخل الجمجمة
ــ صفر ذهان الشلل العام .
ــ ١ الذهان من زهري آخر بالجهاز العصبي المركزي .
ــ ٢ ذهان التهاب المخ أو الدماغ الوبائي .
ــ ٣ ذهان الالتهابات الدماغية الأخرى (غير محددة النوع) .
ــ ٩ ذهان إصابات داخل الجمجمة الأخرى (غير محددة النوع) .

ذهان مرتبط بحالة مخية أخري
ــ صفر ذهان تصلب الشرايين بالمخ .
ــ ١ ذهان اضطراب أوعية مخ آخر .
ــ ٢ ذهان الصرع .
ــ ٣ ذهان خراج داخل الجمجمة .
ــ ٤ ذهان مرض تشويهي للجهاز العصبي المركزي.
ــ ٥ ذهان رضوض (صدمة) المخ .

- ٩ ذهان حالة مخية أخري (غير محددة النوع) .
٢٩٤ ذهان مرتبط بحالة جسمية أخري
- صفر ذهان اضطراب إفراز الغدد الصماء .
- ١ ذهان اضطراب الايض أو التغذية .
- ٢ ذهان إصابة جهاز .
- ٣ ذهان تسمم المخدر أو السم (غير الكحولي) .
- ٤ ذهان مع الولادة .
- ٨ ذهان حالة جسمية أخري وغير مشخص .
- ٩ ذهان حالة جسمية غير محددة النوع .

٢ - ب أعراض المخ العضوية غير الذهانية (٣٠٩)

جملة أعراض المخ العضوية (أ م ع) غير الذهانية (اضطرابات عقلية غير محددة كذهان وترتبط بحالات جسمية) .

- صفر أ م ع غير ذهاني مع إصابة داخل الجمجمة .
- ١ - ٣ أ م ع / غ ذ بإدمان كحولي (سكرة بسيطة) .
- ١ - ٤ أ م ع / غ ذ بمخدر ، أو سم ، أو تسمم جهازي .
- ٢ أ م ع / غ ذ رضوض المخ .
- ٣ أ م ع / غ ذ اضطراب دورة الدم .
- ٤ أ م ع / غ ذ الصرع .
- ٥ أ م ع / غ ذ اضطراب الايض ، أو النمو ، أو التغذية .
- ٦ أ مع / غ ذ مرض المخ الشيخوخي أو ما قبل الشيخوخي.
- ٧ أ م ع / غ ذ إخراج داخل الجمجمة .
- ٨ أ م ع / غ ذ مرض تشويهي للجهاز العصبي المركزي .
- ٩ أ م ع / غ ذ حالة جسمية أخري (غير محددة النوع) .
- ٩١ أعراض مخ حادة (غير معينه في مكان آخر).
- ٩٢ أعراض مخ مزمنة (غير محددة في مكان آخر).

٣ ذهانات لا ترجع للحالات الجسمية السابق تصنيفها (٢٩٥ - ٢٩٨)

٢٩٥ الفصام
- صفر الفصام النوع البسيط .
- ١ الفصام النوع المراهقي .
- ٢ الفصام النوع التصلبي .
الفصام النوع التصلبي المستثار .

الفصام النوع التصلبي المنسحب .

ـ ٣ الفصام النوع الهذائي .

ـ ٤ الشطحة (النوبة Episode الفصامية الحاد . /

ـ ٥ الفصام النوع الكامن .

ـ ٦ الفصام النوع المترسب .

ـ ٧ الفصام النوع الانفصامي الوجداني .

الفصام نوع انفصام الوجدان مستثار .

الفصام نوع انفصام الوجدان مكتئب .

ـ ٨ الفصام النوع الطفولي .

ـ ٩٠ الفصام النوع المزمن غير المميز .

ـ ٩٩ الفصام أنواع أخري (غير محددة النوع) .

٢٩٦ الاضطرابات الوجدانية الكبرى (ذهانات الوجدان) .

ـ صفر سوداء يأس الكهولة .

ـ ١ المرض الاكتئابي الجنوني : النوع الجنوني من الذهان .

ـ ٢ المرض الاكتئابي الجنوني : النوع الاكتئابي من هذا الذهان .

ـ ٣ مرض الاكتئاب الجنوني : النوع الدوري من هذا الذهان .

مرض الاكتئاب الجنوني ، النوع الدوري جنوني

مرض الاكتئاب الجنوني ، النوع الدوري مكتئب

ـ ٨ اضطراب وجداني آخر كبير (الذهانات الوجدانية ،غيرها)

ـ ٩ اضطراب وجداني كبير غير محدد النوع .

(اضطراب وجداني غير مصنف في مكان آخر) .

(مرض هوس اكتئابي غير مصنف في مكان آخر).

٢٩٧ حالات الهذاء (البار انويا)

ـ صفر البارانويا .

ـ ١ حالة اليأس البارانوئية ـ البارافرنيا .

ـ ٩ حالات هذائية أخري .

٢٩٨ ذهانات أخري

ــ صفر الاستجابة الذهانية الاكتئابية (الذهـــان الاكتئـــابي الاستجابة) .

ــ ١ الإثارة الاستجابية .

ــ ٢ الارتباك الاستجابي .

(حالة ارتباكية حادة أو شبة حادة)

ــ ٣ الاستجابة الهذائية الحادة .

ــ ٩ الذهان الاستجابي ــ غير محدد النوع .

٢٩٩٩ذهان غير محدد النوع .

(الهوس ، والجنون ، والذهان غير المصنف في مكان آخر)

٤ أمراض العصاب (٣٠٠) .

أمراض العصاب

ــ صفر عصاب القلق .

ــ ١ عصاب الهستيريا .

١٣ عصاب الهستيريا النوع التحولي .

١٤ عصاب الهستيريا النوع التفككي .

ــ ٢ عصاب الخواف .

ــ ٣ عصاب تسلط الأفعال والأفكار .

ــ ٤ عصاب الوهن أو الخور النفسي (النيورستانيا).

ــ ٦ عصاب افتقاد الشخصية .

ــ ٧ عصاب توهم المرض .

ــ ٨ أنواع عصاب أخري .

(٩ أمراض عصاب غير محددة النوع)

٥ اضطرابات الشخصية وبفعل اضطرابات عقلية أخري غير ذهانيـــــــــة (٣٠١ ــ ٣٠٤) .

اضطرابات الشخصية

ــ صفر الشخصية الهذائية .

ــ ١ الشخصية المتقلبة الأطوار (الشخصية الوجدانية).

ــ ٢ الشخصية الفصامية .

ــ ٣ الشخصية المتفجرة .

ــ ٤ الشخصية التسلطية (المغلوبة علي أمرها) .

ــ ٥ الشخصية الهستيرية .

ـ ٦ الشخصية الواهنة أو الخائرة .
ـ ٧ الشخصية اللااجتماعية .
ـ ٨١ الشخصية السلبية العدوانية .
ـ ٨٢ الشخصية القاصرة .
ـ ٨٩ اضطرابات شخصية أخري من أنواع معينه .
(٩ اضطراب شخصية غير محدد النوع) .
٣٠٢ الانحرافات الجنسية .
ـ صفر الجنسية المثلية .
ـ ١ حب مستلزمات الجنس الآخر (الفيتشية).
ـ ٢ عشق الصغار .
ـ ٣ الالتباس بالجنس الآخر .
ـ ٤ الميول الاستعراضية .
ـ ٥ البصبصة (زنا العين) أو النظارية .
ـ ٦ السادية .
ـ ٧ المازوكية .
ـ ٨ انحرافات جنسية أخري .
(٩ انحرافات جنسية غير محددة النوع) .
الإدمان الكحولي .
ـ صفر إفراط الشراب الاستطرادي .
ـ ١ إفراط الشراب بالاعتياد .
ـ ٢ إدمان الشراب .
ـ ٣ إدمان كحولي آخر غير محدد النوع .
تعاطي المخدرات
ـ صفر تعاطي المخدر : أفيون وشبه قلويات الأفيون ومشتقاتهما.
ـ ١ تعاطي المخدر مركبات تخديرية ذات أثار شبيهه بالمورفين .
ـ ٢ تعاطي المخدر عقارات الباربيتال المنومة .
ـ ٣ تعاطي المخدر المنومات والمسكنات أو المهدئات الأخرى .
ـ ٤ تعاطي المخدر الكوكايين .

ـ ٥ تعاطي المخدر القنب الهندي (الحشيش والماريجوانا) .
ـ ٦ تعاطي المخدر منبهات نفسية أخري .
ـ ٧ تعاطي المخدر عقارات الهلوسة .
ـ ٨ تعاطي المنذر تعاطي مخدرات أخري .
(٩ تعاطي مخدر غير محدد النوع)

٦ ـ الاضطرابات السيكوفيزيولوجية (٣٠٥)

الاضطرابات السيكوفيزيولوجية (اضطرابات جسمية يفترض أنها من أصل نفسي .

ـ صفر الاضطراب الجلدي السيكوفيزيولوجي .
ـ ١ اضطراب الهيكل العضلي السيكوفيزيولوجي .
ـ ٢ الاضطراب التنفسي السيكوفيزيولوجي .
ـ ٣ اضطراب أوعية القلب السيكوفيزيولوجي .
ـ ٤ الاضطراب الدموي والليمفاوي السيكوفيزيولوجي .
ـ ٥ الاضطراب المعدي المعوي السيكوفيزيولوجي.
ـ ٦ الاضطراب البولي السيكوفيزيولوجي .
ـ ٧ اضطراب الغدد الصماء السيكوفيزيولوجي .
ـ ٨ اضطراب أحد أعضاء الحس السيكوفيزيولوجي.
ـ ٩ اضطراب سيكوفيزيولوجي من نوع أخر .

٧ ـ أعراض خاصة (٣٠٦)

أعراض خاصة لم يرد تصنيفها في مكان آخر .

ـ صفر اضطراب الكلام .
ـ ١ اضطراب تعلم خاص .
ـ ٢ اللازمة اللاإرادية الحركية .
ـ ٣ اضطراب حركي نفسي آخر.
ـ ٤ اضطراب النوم .
ـ ٥ اضطرابات التغذية .
ـ ٦ البوال (تبول لا إرادي) .
ـ ٧ عدم ضبط التبرز .
ـ ٨ وجع الرأس .
ـ ٩ أعراض أخري .

٨ ــ اضطرابات موقفيه عارضة (٣٠٧)
اضطرابات موقفيه عارضة (عابرة وقتية أو مرحلية انتقالية).
ــ صفر الاستجابة التوافقية للمواليد .
ــ ١ الاستجابة التوافقية للطفولة .
ــ ٢ الاستجابة التوافقية للمراهقة .
ــ ٣ الاستجابة التوافقية في حياة الراشد .
ــ ٤ الاستجابة التوافقية للسن المتأخر .
٩ ــ اضطرابات سلوك الطفولة والمراهقة (٣٠٨) .
٣٠٨ اضطرابات سلوك الطفولة والمراهقة (اضطرابات سلوك الطفولة) .
ــ صفر استجابة فرط الحركة في الطفولة (أو المراهقة) .
ــ ١ استجابة الانسحاب في الطفولة (أو المراهقة) .
ــ ٢ استجابة القلق الزائد في الطفولة (أو المراهقة) .
ــ ٣ استجابة الهروب في الطفولة (أو المراهقة) .
ــ ٤ الاستجابة العدوانية غير النامية اجتماعيا في الطفولة (أو المراهقة) .
ــ ٥ الاستجابة لجناح الجماعة في الطفولة (أو المراهقة).
ــ ٩ استجابات أخري للطفولة (أوالمراهقة).
١٠ ــ حالات بدون اضطراب عقلي ظاهر والحالات غير المحددة النوع (٣١٦ ــ ٣١٨) .
توافقات اجتماعية دون اضطراب عقلي ظاهر .
ــ صفر عدم التوافق الزواجي .
ــ ١ عدم التوافق الاجتماعي .
ــ ٢ عدم التوافق المهني .
ــ ٣ السلوك غير الاجتماعي .
ــ ٩ عدم توافق اجتماعي آخر .
حالات غير محددة النوع
عدم وجود اضطراب عقلي
(١١) مصطلحات غير تشخيصية للاستعمال الإجرائي (٣١)
٣١٩ اصطلاحات غير تشخيصية للاستعمال الإداري .
ــ صفر التشخيص مؤجل .

ــ ١ تحت الرعاية في بيت خاص .
ــ ٢ للتجربة فقط .
ــ ٩ غير ذلك .

وعلي نفس النسق تقريبا يسير الطب العقلي في روسيا إذ يقول الأطباء الروس (Marosove 1968) إن الطب العقلي يدرس ما يلي من أمراض وانحرافات نمو .

١ ــ ذهانات ترتبط بأمراض متنقلة .
أ ــ اضطرابات عقلية في الأمراض المعدية الحادة (تيفوس ، سل ، أنفلونزا ..) .
ب ــ اضطرابات عقلية في الأمراض المعدية المزمنة (زهري المخ ، الشلل العام، التهاب الدماغ) .
٢ ــ ذهانات ترتبط بالتسمم .
أ ــ اضطرابات عقلية في السموم المهنية (الرصاص ، تتراثيل الرصاص أول أوكسيد الكربون) .
ب ــ أنواع جنون التخدير (الكحولية المزمنة ، رجفة الهذيان، ذهان كورساكوف ، المورفينية .. الخ) .
٣ ــ اضطرابات عقلية ترتبط بأثر صدمة في المخ .
أ ــ ذهانات الصدمات الحادة .
ب ــ مرض الدماغ من أثر الصدمة .
٤ ــ اخلالات عقلية في الأمراض الجسمية .
أ ــ الاضطرابات العقلية في أمراض القلب .
ب ــ الاضطرابات العقلية في أمراض أعضاء البطن.
٥ ــ الاضطرابات العقلية في أمراض الأوعية الدموية .
أ ــ تصلب الشرايين بالمخ .
ب ــ مرض فرط توتر الأوعية .
٦ ــ الاضطرابات العقلية في سن اليأس .
أ ــ ذهانات ما قبل الشيخوخة (الكهولة) .
ب ــ ذهانات الشيخوخة .
٧ ــ الاستجابة الفصامية .
٨ ــ الاستجابة الجنونية الاكتئابية (هوس الاكتئاب) .
٩ ــ الصرع .

١٠ ـ أمراض العصاب .
أ ـ الوهن العصبي .
ب ـ الوهن النفسي .
جـ ـ الهستيريا .
د ـ الاستجابة التسلطية .
١١ ـ الأمراض السيكوباتية .
١٢ ـ التخلفات العقلية .
١ ـ أمراض عقلية علتها غير معروفة
١ ـ الفصام (الخبل المبكر ، اضطرابات فصامية ، استجابات فصامية) .
أ ـ النوع البسيط .
ب ـ النوع المراهقي .
جـ ـ النوع البرانوئي .
د ـ النوع الترددي (الفصام الحاد ، التخشب الترددي النوبات ، الفصام الدوري ، الفصام الاكتئابي البرانوئي) .
٢ ـ البر انويا (الهذاء) .
٣ ـ ذهان : الاكتئاب الجنوني (الذهان الدوري ، الجنون الدوري ، الاكتئاب أو الهوس) .
٤ ـ ذهان الشيخوخة .
أ ـ ما قبل الشيخوخة (كآبة اليأس) ، سوداء التقاعد (اكتئاب تقدم سن اليأس) .
ب ـ حالة ما قبل الشيخوخة البرانوئية .. توهم العطب من الكهولة ، فصام الكهولة البارانوئي (بارافرنيا) وغيرة من ذهانات التوهم في سن الاكتهال .
٥ ـ جنون الشيخوخة .
٦ ـ مرض الزهايمر .
٧ ـ الصرع .
٢ ـ أمراض عقلية (اضطرابات) ترتبط بأمراض جسمية عامة، وبالعدوى ، والتسمم ، والصدمات والآفات العضوية الأخرى .
١ ـ اضطرابات عضوية في أمراض الشرايين (فرط توتر الشرايين التهاب تجلط شرايين المخ) .

٢ ــ حالات الوهن المزمن وانحالات شبه العصابية .
٣ ــ الاضطرابات النفسية في الالتهاب السحائي وفي التهاب الدماغ.
٤ ــ الاضطرابات العقلية المرتبطة بزهري المخ (سفلس) .
أ ــ زهري المخ .
ب ــ الشلل التدريجي .
٥ ــ الاضطرابات النفسية في الأمراض الجسمية العامة غير المعدية (أمراض القلب والكبد ، وجهاز الغدد) .
٦ ــ أمراض التسمم الذهانية .
أ ــ الكحولية المزمنة .
ب ــ ذهانات الإدمان الكحولي (الهذيان ، الارتعاش ، الهلوسة الكحولية ، التوهم الكحولي لعدم الوفاء الزوجي ، التسمم الكحولي الباثولوجي ، شبه الشلل أو الشلل الكاذب ، ذهان كورساكوف ، مرض دماغ ورنكة) .
جـ ــ جنون تسمم أخري (هوس المخدرات).
د ــ تسممات مهنية وغيرها (ذهاناتها الحادة والمزمنة ، وحالات الترسب) .
٧ ــ أمراض عقلية ترجع لا صابة المخ (صدمات المخ ، جرح مفتوح، مقفل ، صدمة الجمجمة .. الخ) الصدمات الكهربائية.
أ ــ ذهانات الصدمات الحادة .
ب ــ الذهانات المزمنة .
جـ ــ اضطرابات الشخصية الدائمة وحالات الوهن .
٨ ــ اضطرابات الذهان لدي الأشخاص المصابين بأمراض عضوية أخري .
أ ــ ناشئة عن تورم المخ .
ب ــ أمراض عصبية أخري (تصلب شاركو المتناثر) خراجات المخ مرض هنتنجتون .. الخ) .
٩ ــ الجنون الراجع إلى عمليات ضمور جهازيه في المخ (في سن الكهولة أساسا) .
أ ــ مرض بيك Pick.
١٠ ــ اضطرابات نفسية ناشئة عن تأثيرات عضوية عن علل مختلفة.

أ ـ الذهانات الدورية .
ب ـ حالات عدم التعويض (الأعراض الإكلينيكية الشبيهة بالنيوروباتية والسيكوباتية) التي تثيرها على خارجية التكوين (جسمية ونفسية) .
٣ ـ الاستجابات والتكوينات النفسية الأصل .
أ ـ ذهانات من أصل نفسي استجابية .
ب ـ الذهانات الهستيرية الحادة (حالات الرؤى الشفقية ، ذهول الغيبوبة، شبه الجنون ، الصبيانية) .
جـ ـ الحالات البرانوئية النفسية التكوين .
د ـ الاكتئاب الاستجابي .
هـ ـ صور أخري (توهمات استنتاجيه ، توهم المرض حب الأكالات والتقاضي ـ توهمات الأحقاد) .
١١ ـ أمراض العصاب
أ ـ الوهن أو الخور (لا تشمل هذه المجموعة حالات الوهن التي ترجع لانتقال الأمراض ، أو للتسمم ، أو للصدمات ، أو للأمراض الجسمية العامة غير المعدية) : استجابة الوهن ، الوهن النفسي الأصل ، عصاب التعب .. الخ .
ب ـ عصاب الحالات التسلطية (مختلف التسلطات والمخاوف).
جـ ـ الهستيريا (النسيان ، العملي ، احتباس الصوت الصمم والبكم، الارتعاشات ، الشلل ، العجز عن النهوض ، فقدان حاسة الشم).
د ـ حالات عصابية خصوصا في الأطفال (البكم الاختياري ، التهتهة أو اللجلجة ، الاختلاجات الملازمة ، فقدان الشهية ، القيء الاعتيادي ، البوال .. الخ) .
٤ ـ اضطرابات عقلية ترجع لمرض نفسي ارتقائي (انحرافات الطبع أو السلوك التكوينية الثابتة ، تأخر النمو العقلي المتعدد الأسباب المرضية) .
١ ـ الشخصية السيكوباتية
أ ـ الأنماط الوجدانية (الشخصية المريضة النفس عاطفيا نسبه لغدة التيموس) : الناقصة الوجدان (مكتئبة) المفرطة

الوجـــــدان (مستثارة) ، الدوريـــــة الوجـدان، الشـــخصية المتقلبة الانفعال) .

ب ـ الواهنة (مرض عصبي تكويني ، وهن نفسي).

جـ ـ الشخصية شبه الفصامية .

د ـ الشخصية شبه البرانوئية .

هـ ـ الشخصية الهستيرية (مرض الكذب ونحوه) .

و ـ الانحراف الجنسي .

ز ـ الشخصية غير الثابتة .. الخ عدم الثبات الانفعالي الخ .

خـ ـ الحالات الشبيه بالسيكوباتية التي تنمو فـــي الأطفـــال عقـــب تأثيرات المخ .

٢ ـ نقص العقل

أ ـ الضعف .

ب ـ الغباء .

جـ ـ العته .

د ـ الأمراض الجنينية بمختلف أصولها (مرض داون ـ نقص العقل الفينايلبوريكي ، جفاف الجلد .. الخ) .

المراجــــع

المراجع

أولاً: المراجع العربية :

١ ــ أحمد عبد العزيز سلامة (١٩٦٥) ، ترجمة اختبار ساكس لتكملة الجمل ــ دار الثقافة ، القاهرة .

٢ ــ أحمد عكاشة (١٩٩٢) ، الطب النفسي المعاصر ، مكتبة ألا نجلو المصرية ، القاهرة .

٣ ــ أنطوني ستور (١٩٩١) ، ترجمة لطفي فطيم ، فن العلاج النفسي ، مكتبة النهضة المصرية ، القاهرة .

٤ ــ براون (١٩٦٨) ، مناهج البحث ووسائله في علم النفس الإكلينيكي في مناهج البحث في علم النفس بإشراف أندروز ، مترجم بإشراف يوسف مراد ، دار المعارف ، القاهرة.

٥ ــ برنوكلوبفر وهلين دافيد سون (١٩٦٥) ، " تكنيك الرورشاخ " ترجمة سعد جلال وآخرين المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية ، القاهرة.

٦ ــ بوزورت شاخت (١٩٧٨) ، تراث الإسلام ، سلسلة عالم المعرفة ، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب ، القسم الأول، والثاني ، والثالث ، أكتوبر ١٩٧٨ ، نوفمبر ١٩٧٨ ، ديسمبر ١٩٧٨ .

٧ ــ التصنيف العالمي للاضطرابات العقلية والسلوكية ، هيئة الصحة العالمية (١٩٩٠) ، الترجمة العربية د . أحمد عكاشة . القاهرة .

٨ ــ جوليان روتر (١٩٨٤) ، علم النفس الإكلينيكي ، ترجمة عطية محمود هنا، دار الشروق ، القاهرة .

٩ ــ حامد زهران (١٩٧٦) ، دليل فحص ودراسة الحالة في الإرشاد والعلاج النفسي ، القاهرة ، عالم الكتب.

١٠ ــ حامد زهران (١٩٧٨) ، الصحة النفسية والعلاج النفسي ، ط ٢ ، القاهرة، عالم الكتب .

١١ ــ حامد عبد السلام زهران (١٩٨٠) ، التوجيه والإرشاد النفسي ، عالم الكتب ، الطبعة الثانية ، القاهرة .
١٢ ــ رشاد كفافي (١٩٧١) ، أضواء سيكولوجية جديدة علي اختبار اليد وثيقة ب / ٥ . المؤتمر الأول لعلم النفس ، المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، القاهرة .
١٣ ــ روتر (١٩٧٣) ، اختبار تكملة الجمل ــ ترجمة صفاء الأعسر دار النهضة العربية ، القاهرة كراسة التعليمات ونماذج التصحيح .
١٤ ــ سبيلبيرجر وآخرون (١٩٩٢) ، تعريب وإعداد أحمد محمد عبد الخالق، دليل تعليمات قائمة القلق " الحالة والسمة " مكتبة الأنجلو المصرية ، القاهرة .
١٥ ــ سعد جلال (١٩٨٥) ، القياس النفسي ، المقاييس والاختبارات ، دار الفكر العربي ، القاهرة .
١٦ ــ سعد جلال وآخرون (١٩٦٦) ، مدي صلاحية اختبار اليد للتطبيق علي عينات مصرية ، المجلة الاجتماعية القومية ، المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية القاهرة.
١٧ ــ سيد غنيم وهدي برادة (١٩٦١) ، الاختبارات الإسقاطية ، دار النهضة العربية ، القاهرة .
١٨ ــ عبد الرقيب البحيري (١٩٨٩) ، " مقياس احتمالية الانتحار " كراسة التعليمات ، مكتبة النهضة المصرية ، القاهرة .
١٩ ــ عبد المنعم المليجي (١٩٦١) ، اختبار تداعي الأفكار للتشخيص ، دار المعارف ، القاهرة .
٢٠ ــ عثمان عبد الله الطويل (د . ت .) ، الصيغة المختصرة لاختبار الشخصية المتعدد الأوجه ، مقننه علي البيئة السعودية ، الناشر المؤلف ص . ب . ١٥١٣٣ الرياض ، وزارة الصحة .
٢١ ــ عطوف محمود ياسين (١٩٨٦) ، علم النفس العيادي " الإكلينيكي " دار العلم للملايين ــ بيروت لبنان ، الطبعة الثانية .

٢٢ ـ عطية محمود هنا (١٩٧٦) ، علم النفس الإكلينيكي ، دار النهضة العربية ، القاهرة .
٢٣ ـ عطية محمود هنا ، ومحمد سامي هنا (١٩٧٣) ، اختبار الشخصية السوية ـ القاهرة ، دار النهضة العربية .
٢٤ ـ غريب عبد الفتاح غريب (١٩٩٣) ، "كراسة تعليمات مقياس توكيد الذات ، مكتبة سيد عبد الله وهبة ٥٥ ش المناخ العباسية ، القاهرة .
٢٥ ـ غريب عبد الفتاح غريب (د . ت .) ، كراسة المعايير القومية لمقياس الاكتئاب " د " مكتبة النهضة المصرية ، القاهرة.
٢٦ ـ فرج طه (١٩٧١) ، تعديل لطريقة تصحيح اختبار اليد ، وثيقة ب / ٤ لجنة علم النفس والتربية . المؤتمر الأول لعلم النفس ، المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية ، القاهرة .
٢٧ ـ كمال دسوقي (١٩٧٤) ، الطب العقلي والنفسي ، دار النهضة العربية، بيروت ، لبنان .
٢٨ ـ كولز (١٩٩٢) ، ترجمة عبد الغفار الدماطي وآخرين ، المدخل إلى علم النفس المرضي " الإكلينيكي " دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية ، مصر.
٢٩ ـ لويس كامل مليكة (١٩٩٠) ، اختبار الشخصية المتعدد الأوجه " دليل الاختبار " الناشر المؤلف .
٣٠ ـ لويس كامل مليكة (١٩٨٠) ، علم النفس الإكلينيكي ، الجزء الأول الهيئة المصرية العامة للكتاب ، القاهرة.
٣١ ـ لويس كامل مليكة (١٩٧٦) ، دراسة الشخصية عن طريق الرسم، مكتبة النهضة المصرية ، القاهرة .
٣٢ ـ لويس كامل مليكة (١٩٩١) ، مقياس وكسلر ـ بلفيو لذكاء الراشدين والمراهقين ـ دليل المقياس ، مكتبة النهضة المصرية ، القاهرة .
٣٣ ـ محمد عبد السلام أحمد ، ولويس كامل مليكة ،(د.ت.) مقياس ستانفورد بينية ـ كراسة التعليمات ـ لجنة التأليف والترجمة والنشر، القاهرة .

٣٤ ــ محمود الزيادي (١٩٦٩) ، علـــم النفـس الإكلينيكي ، مكتبــة ألانجلو المصرية ، القاهرة .

٣٥ ــ محمود الزيادي (د . ت .) ، دراسة تجريبية في التوافق الدراســي لطلبة الجامعات رسالة دكتوراه غير منشــورة ــ كليــة الآداب جامعة عين شمس . القاهرة .

٣٦ ــ المركــز القومــي للبحــوث الاجتماعيــة والجنائيــة (١٩٧٥) ، الاستجابات الشائعة لاختبار تفهم الموضوع ، القاهرة .

٣٧ ــ المركــز القومــي للبحـوث الاجتماعيــة والجنائيــة (١٩٧٥) ، " الاستجابات الشائعة لاختبار تفهم الموضوع " القــاهرة .

٣٨ ــ مصطفي سويف (١٩٨٥) ، مرجع في علم النفس الإكلينيكـــي ، دار المعارف ، القاهرة .

٣٩ ــ مصطفي فهمي (١٩٦٧) ، علم النفس الإكلينيكي ، مكتبة مصر ، القاهرة.

ثانياً: المراجع الأجنبية :

40 - Abt I.E. (1956), progress in clinical psychology. Vol. H. New York Grunet & Stratton.

41 - Abt, I.E.& B. F. Reiss (EDS.) (1963) Progress in clinical psychology. Vol. v. Grune and Stratton.

42 - Adler, A. (1929) The practice and theory of individual psychology. New York: Harcourt, brace & world ANC.

43 - Alam O. Ross, (1964) The exceptional child in the family, Grune & Stratton, Inc. New York p. 76.

44 - Alan O. Ross, (1964) The exceptional child in the family, Grune & Stratton, Inc. New York. P. 76

45 - Amer. psychologist, (1947) Committee on t.aining in clinical psychology, recommended graduate training program in clinical psychology, report of the committee on training in clinical psychology of American psychological association submitted of the meeting of the American psychological association September 9 - 13.

46 - Amerbach, Aline, b. what can parents gain from group experience? In child study assoc. of Amer. helping handicapped parents of children - group approaches. New York: p. 17.

47 - Anastasia A. (1976) Psychological testing, the Macmillan company New York.

48 - Anthony, Storr (1987) the art of psychotherapy Methuen publishers, New York.

49 - Bellak l. & Abt. (1959) projective psychology, Grone press Inc, New York.

50 - Bellak l. (1952) T A T & cat in clinical use, Grune & Stratton, New York.

51 - Bellinslea, F. Y. (1948) " The bender gestalt: an objective scoring method and validating data, clinical psychology monographs. No. 1, January.

52 - Berlin, Isaiah, (19760) Vico and herder, pp. 23, 28, London, Hagarth press.

53 - Berry " Charles " (1948) clinical psychology, Allen & Unwin, London.

54 - Biseh, (1925) Lows. E. Clinical psychology, Baltiman, Williams & Wilkins.

55 - Bloom, G. S. (1950) the blacky pictures: Technique for the exploration of personal dynamics Psycho crop. 47 -

Anastasia a. 1916. Psychological testing. The Macmillan Anzieud. 1980 less methods projective - Ed. p. u. f. parries voir p. 31 - 36.

56 - Bratemarkle R. A. (1931) Clinical psychology, Pennsylvania University Press.

57 - Buck, J. N. & Jalles, 1. (1956) H. T. P. houses - tree -person, projective technique: western psycho. Serve:

58 - Deutsch, F. & Murphy, W. F. (1961) the clinical interview vol. 1. international university press.

59 - DSM III R. (1989) American Psychiatric Association, Washington d. c. P. 337.

60 - Eysenck, H. I. (1947) Dimensions of personality London. Rout – ledge

61 - Felix, R. H. and karamer M. (1953) Extent of the problem of mental disorders, Ann, Amer, Acad. Pal. Sac. Sci, 286 - 5 - 14.

62 - Freeman, F.S. (1962) Theory and practice of psychological Testing New York, halt pine hart + Winston, U. S. A.

63 - Garrote Annette (1942) Interviewing, are principles and methods, New York.

64 - Ghareeb. Ghareeb (1983) an investigation of the relationship between depression and assertiveness in Egyptian depressed subjects Ph.D. Thesis University of Pittsburgh, Pennsylvania U. S.A.

65 _ Goldhamer. (1953) & Marshall, A. W. psychosis and civilization, Glencoe. 1 /1. Free press.

66- Gull j .G & Gill, w. s. (1982) Suicide probability scale manual, western psychological service, California.

67 - Hadley, J. M. (1961) Clinical and counseling psychology New York: Alfred a. knoph

68 - Hahn. M. E. & MacLean M. S. (1950) General clinical counseling in educational institutions, New York. McGraw - hill.

69 - Hathaway. S.R. & McKinley. J. C. (1967) Minnesota multiphase personality inventory, manual (revised) psycho. Crop.

70 - Kaplan, H. I., Sadock, W. j. (1994) Synopsis of psychiatry, Williams& Wilkins, 7 the edition.

71 - Kinsey, A. C. (1953) sexual behavior in human male & female Philadelphia, Saunders.

72 - Landis, C: (1940) Sex in development, New York.

73 - Lindsey, G. (1959) On the classification of projective techniques, psycho. Bull. P. 15-168.
74 - Machover, Karen, (1948) Personality projection in the drawing of human figure, Charles G. Thomas.
75 - Maloney, Michael, l. & ward, Michael p. (1976) Psychological Assessment. Oxford University presses
76 - Manual de " Thematic Apperception Test " (1950) Par h. a. Murray m. D. Trade - meunier g. center de psychology appliqué Paris.
77 - Marason & Ramasenko, (1968) New. & Psychic diseases, mir. Publ. Moscow, p. p. 135 - 136.
78 - Murphy. G. (1938) An historical introduction to modern psychology, London, kegan Paul.
79 - Murray, Henry, (1943) a. Thematic Apperception Test manual. Harvard Univ. presses.
80 - Murray H. A. (1943) Thematic apperception test, manual. Tomkins, 1952. The Thematic Apperception Test Grune & Stratton, New York.
81 - Polansky, N. & kaunin, j. (1956) Client's reactions to initial interviews a field study, human relations, vol., and 9. Pp. 237 - 265.
82 - Pratnon & Fedatone (1969) Psychiatry, mir publi. Moscow. PP. 328 ff. U.S.S.R.
83 - Richards, T. W. (1946) Modern clinical psychology, New York, McGraw

84 - Schafer, G. W. & Lazarus: (1952) Fundamental concepts in clinical psycho, New York, McGraw hills.
85 - Shakow, David. (1976) What is clinical psychology? The American psychologist, vol., 31, no. 8.
86 - Sovage, R. D. (1966) Readings in clinical psychology, Oxford Bergman presses.
87 - Spitzer, R, l. Williams, j. b, gibbon, m & first, m. b. user s guide for the structured clinical interview for D S M 3R American psychiatric press. Inc, PP. 174 - 212. 50- Gaugh, H.G. (1969) California psychological inventory Palo Alto, California - consulting psychological press, Inc 51 - Deri, Susan k, 1949 introduction to the sandy test theory and practice Stratton.
88 - Sundberg, N. D. & Tyles, I. E. (1963) clinical psychology London. Methuen & co.

89 - Thorne. C. & Andrews, j. s. (1946) unworthy parental attitude watered mental defectives, Amer. j. Ment. Def, 50, 411, 418.

90 - Training Committee of Clinical Psychologists (A.P. A.) American psychological association Washington, D.C. U.S.A.

91 - Wolpe, J. & Lazarus (1966) Behavior therapy techniques. New York: Pergamon press, Inc.

92 - Wolpe, Joseph (1958) Psychotherapy by reciprocal inhibition. California: Stanford university press.

93 - World health organization, (1967) Manual of the international statistical classification of diseases, injuries, and causes of death: based on the recommendations of the eighth conference, 1965, and adapted by the nineteenth world health assembly, vol. 1. Geneva: world health organization, pp. 141 - 155.



علم النفس الإكلينيكي

التشخيص والتنبؤ في ميدان الاضطرابات النفسية والعقلية

هذا الكتاب مرجع وافي في علم النفس الإكلينيكي الذي هو فرع مهم من فروع علم النفس التطبيقي ونظراً لأهميته فإن هذا العلم يهتم بالإنسان بما هو إنسان ويتطلب معرفة الإنسان أشياء كثيرة ومتعددة من علم وخبره حياة وتجارب يستطيع من خلالها أن يقيّم العاملين في هذا المجال الإنسان الذي هو بصدد التقييم فيهدف هذا الكتاب إلى الكشف عن خبايا النفس الإنسانية ومعرفتها ومعرفة كيفية التعامل مع المفحوص ويصل إلى الصحة النفسية التي تكون القدرة على التأرجح بين الشك واليقين لأن هذا التأرجح يمنح الإنسان المرونة فلا يتطرف إلى حد الخطر ولا يتذبذب إلى حد الإحجام عن اتخاذ أي قرار إذ أن هذا التأرجح يوفر للفرد المعادلة والقوة اللازمة للإنطلاق والخلق والتمتع والتكيف ونظراً للتطور الهائل الذي نعيش فيه وكثرة الصراعات والضغوط والأعباء على إنسان هذا العصر. فكان لابد لعلم النفس الإكلينيكي أن يتطور تطوراً سريعاً ليتمكن من التعمق في استيعاب المشكلات واحتوائها في عصر زادت فيه سرعة وسائل الإتصال على أضعاف سرعة الصوت وتحكم الكمبيوتر في أكثر مجالات الحياة العملية والعلمية. فقد أضفت للكتاب الاختبارات والمقاييس النفسية وكذلك الاضطرابات النفسية والعقلية المتعارف عليها في التصنيفات العالمية.



الاسم: رأفت السيد أحمد عسكر

الوظيفة: مدرس علم النفس بآداب الزقازيق
إستشاري العلاج النفسي.

المؤهلات العلمية:

- دكتوراه في الآداب تخصص علم النفس - كلية الآداب جامعة عين شمس ١٩٩٦ - مرتبة الشرف الأولى والتوصية بالتبادل مع الجامعات والهيئات العلمية والإكاديمية.
- ماجستير في الآداب - تخصص علم النفس كلية الآداب - جامعة الزقازيق بتقدير ممتاز ١٩٩٠.
- ليسانس في الآداب ١٩٨٢ كلية الآداب - جامعة الزقازيق - قسم علم النفس.

المؤلفات العلمية:

- علم النفس الإكلين...
- تعاطي المخدرات ...
- دراسة الشخصية ...
- العلاج النفسي أسس...
- له عدة أبحاث في م... عمل ما يقرب من ١٥ ... المملكة العربية ...
- شارك في ندو... التليفزيون المصري.